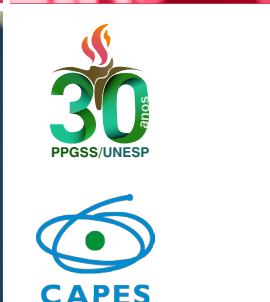
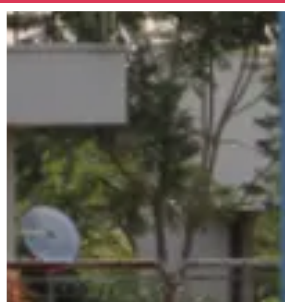
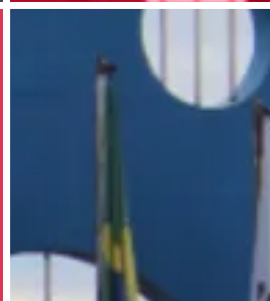




30 ANOS DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL: ESTADO, POLÍTICAS SOCIAIS E SERVIÇO SOCIAL – VOL. II



ORGANIZADORES:

CRISTIANO COSTA DE CARVALHO

JOSIANI JULIÃO ALVES DE OLIVEIRA

NANCI SOARES

NEIDE APARECIDA DE SOUZA LEHFELD



ORGANIZADORES

CRISTIANO COSTA DE CARVALHO

JOSIANI JULIÃO ALVES DE OLIVEIRA

NANCI SOARES

NEIDE APARECIDA DE SOUZA LEHFELD

**30 ANOS DO PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL:
ESTADO, POLÍTICAS SOCIAIS
E SERVIÇO SOCIAL – VOL. II**



**CULTURA
ACADÊMICA**
Editora

Dados Catalográficos

CARVALHO, Cristiano Costa de; OLIVEIRA, Josiani Julião Alves de; SOARES Nanci; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. 30 anos do Programa de Pós- Graduação em Serviço Social: Estado, Políticas Sociais e Serviço Social – Vol. II. 1 Ed. Gradus Editora. Bauru, São Paulo. 2023.

ISBN: 978-65-81033-21-7

CDD 370.00

Todos os autores cedem os direitos autorais da obra para a Gradus Editora, impossibilitando a reprodução por outras editoras ou meios de veiculação de materiais didáticos, científicos e acadêmicos de cunho comercial, não comercial, associação científica ou cultural, bem como Instituições de Pesquisa, pelo prazo de exploração de 70 anos, conforme Lei 9.610/98.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de atribuição Creative Commons.

Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC-BY-NC-ND).

GRADUS EDITORA – Todos os Direitos Reservados – 2023

Rua Luiz Gama, 229. Vila Independência. Bauru, São Paulo. Brasil.

www.GRADUSEDITORA.com

Editor-chefe: Lucas Almeida Dias

Registro e indexação: Gradus Editora | Câmara brasileira do livro | CrossREF

Capa: Bruno M. H. Gogolla

Diagramação: Bruno M. H. Gogolla

Comitê editorial científico – Gradus Editora

Prof. Dr. Douglas M. A. de A. P. dos Santos

Profa. Dra. Cintya de Oliveira Souza

Profa. Dra. Ana Cláudia Bortolozzi

Profa. Dra. Andreia de B. Machado

Profa. Dra. Manuela Costa Melo

Prof. Dr. Carlos Gomes de Castro

Profa. Dra. Ana Beatriz D. Vieira

Profa. Dra. Janaína Muniz Picolo

Dr. Yan Corrêa Rodrigues

Prof. Dr. Thiago Henrique Omena

Prof. Dr. Luís Rafael Araújo Corrêa

Prof. Dr. Fábio Roger Vasconcelos

Prof. Dr. Leandro A. dos Santos

Prof. Dr. Gustavo Schmitt

Prof. Dra. Renata Cristina L. Andrade

Profa. Dra. Daniela Marques Saccaro

Profa. Dra. Gladys del C. M. Morales

Profa. Dra. Márcia Lopes Reis

Sumário

APRESENTAÇÃO 7

PREFÁCIO..... 9

Prof^a Dr^a Jussara Ayres Bourguignon

**AS CONTRARREFORMAS NOS PROGRAMAS
DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA** 11

Marcia Maria Cunha

Marusa Fernandes da Silva

Agnaldo de Sousa Barbosa

Josiani Julião Alves de Oliveira

**A CRIANÇA BRASILEIRA: DA SITUAÇÃO
IRREGULAR AO ESTATUTO** 25

Mayara Simon Bezerra

Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliveira

**SERVIÇO SOCIAL E EDUCAÇÃO: DESENVOLVIMENTO
INTEGRAL DA CRIANÇA** 39

Rita Mozetti

Maria Cristina Piana

Adriana Santos da Silva

**POLÍTICA DE SAÚDE EM SUAS DIMENSÕES DE GESTÃO/
ORÇAMENTO E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL** 51

Carla Agda Gonçalves

Danúbia de Brito Rodrigues Silva

Josiani Julião Alves de Oliveira

Pâmela Migliorini Claudino da Silva

| | |
|--|------------|
| POLÍTICA DE SAÚDE EM ANGOLA: CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO HISTÓRICA | 67 |
| Orlando Clementino Mununga Chaximbe Fernanda de Oliveira Sarreta | |
| A EFETIVIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL | 85 |
| Zilda Cristina dos Santos Fernanda de Castro | |
| POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E QUESTÃO SOCIAL | 101 |
| Fernanda de Oliveira Sarreta Renan de Moraes Martins | |
| POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL..... | 117 |
| Laís Caroline Neves | |
| ASSISTÊNCIA SOCIAL: DIREITO DO POVO E DEVER DO ESTADO, COM FINANCIAMENTO PÚBLICO, PARA ENFRENTAR AS DESIGUALDADES E GARANTIR A PROTEÇÃO SOCIAL..... | 131 |
| Renato Tadeu Veroneze Cristiano Costa de Carvalho | |
| SUAS: ESSENCIALIDADE FRÁGIL NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19..... | 145 |
| Ana Cristina de Carvalho Sales Toledo Adriana Giaqueto Jacinto | |
| A ASSISTÊNCIA SOCIAL E A INTERSETORIALIDADE DA POLÍTICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO MUNICÍPIO DE FRANCA - SP..... | 155 |
| Luciana da Silva Pedroso | |
| SERVIÇO SOCIAL E TRABALHO PROFISSIONAL NO TERCEIRO SETOR | 171 |
| Nayara Hakime Dutra Maria Cristina Piana Vanessa Aparecida Barbosa Tristão Viviane Cristina Silva Vaz Ribeiro | |
| AUTORAS E AUTORES..... | 185 |

APRESENTAÇÃO

O Ebook em comemoração aos 30 anos do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – PPGSS da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - campus de Franca da Unesp da UNESP, em seu volume IV, apresenta 12 capítulos que confirmam que a pesquisa em Serviço Social, coloca-se em construção permanente.

O Ebook volume IV é resultado da elaboração coletiva construída na trajetória de mais de 30 anos de esforço, compromisso, mediações e superações dos/as envolvidos/as no Programa. Trata de uma leitura instigante e que aponta uma realidade concreta com temas que o Serviço Social se debruça em seu cotidiano profissional, e que são trazidos à luz por meio das pesquisas desenvolvidas no PPGSS da Unesp.

Apresenta questões da infância, da saúde no Brasil e em Angola, da população em situação de rua, da assistência social vinculada à proteção social e no contexto da pandemia COVID-19, da política de segurança alimentar e por fim, aborda o tema do trabalho de assistentes sociais no terceiro setor.

Os temas abordados no e-book IV refletem a preocupação de profissionais, a partir de discussões em uma perspectiva crítica, na esfera das políticas públicas sobre as formas de garantir acesso aos direitos sociais, à justiça social e a consolidação da democracia para o fortalecimento das lutas das populações pesquisadas. Exibe, em cada capítulo, a contribuição que o PPGSS da Unesp vem dando aos projetos de pesquisa que trazem temas urgentes e em consonância com o projeto ético e político profissional.

Os resultados apresentados nesta obra estão profundamente vinculados a um trabalho profissional construído e vivenciado pelos autores e pelas autoras, destinados aos que se interessam pelo Serviço Social e pelo verdadeiro sentido da pesquisa.

Nossos agradecimentos a todos e todas que contribuíram para a realização deste ebook.

Boa leitura.

Cristiano Costa de Carvalho
Josiani Julião Alves de Oliveira
Nanci Soares
Neide Aparecida de Souza Lehfeld



PREFÁCIO

O Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - campus de Franca da Unesp da UNESP comemora 30 anos de trabalho dedicado à formação de profissionais pesquisadores e pesquisadoras em uma perspectiva crítica e comprometida com o projeto ético-político do Serviço Social. Tarefa árdua e construída na esfera da universidade pública, gratuita e orientada pela articulação entre ensino, pesquisa e extensão.

O Ebook, em seu volume II, desafia os leitores a refletirem sobre questões relativas ao **Estado, Políticas Sociais e Serviço Social**, a partir de relatos de pesquisa e de prática profissional, tematizando os inúmeros desafios que a profissão enfrenta para se consolidar como área de conhecimento. Ao mesmo tempo, aponta para a potencialidade de uma profissão que trabalha no espaço do Estado e da sociedade civil, buscando estratégias para enfrentamento das expressões da questão social. Enfrentamento que se dá, primordialmente, na esfera das políticas públicas, de forma a garantir ao cidadão e à cidadã acesso aos direitos sociais, à justiça social, bem como consolidar a democracia e fortalecer as lutas da classe trabalhadora pela emancipação social.

Importante ressaltar que o Programa está alicerçado na área de concentração “Serviço Social: Trabalho e Sociedade”, que se desdobra nas linhas de pesquisa: Serviço Social, Formação e Trabalho Profissional; Estado, Políticas Sociais e Serviço Social, e Trabalho e Socialidade Capitalista. A articulação entre a área de concentração e linhas de pesquisas aponta para uma formação apoiada nos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos da profissão.

Na teia complexa dos processos continuados de formação de profissionais e pesquisadores/as, o Programa adensa seus objetivos por meio dos grupos de pesquisa, que merecem destaque: GEDUCAS – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Dimensão Educativa no Trabalho Social; GEFORMSS – Grupo de Estudos e Pesquisas Formação Profissional em Serviço Social; GEPEFA – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Famílias, Perspectivas e Tendências; GEPEPPS – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento, Políticas Públicas e Sociedade; GEPESSSE – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Serviço Social na área da Educação; GEPSEM – Grupo de Estudos e Pesquisas Marxistas; GESTA – Grupo de Pesquisa Gestão Socioambiental e a Interface com a Questão Social; PRAPES – Prática de pesquisa: perspectivas contemporâneas; QUAVISS – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço

Social; DeMus – Grupo de Pesquisa em Direito e Mudança Social; Grupo de Trabalho do NUPE - FCL-Araraquara – Cladin – Lead (Núcleo Negro da UNESP – Campus Araraquara); Grupo de Pesquisa Mentalidades e Trabalho: do local ao global; FIAPO - Grupo de Pesquisa sobre Filosofia, Arte e Política; GEPPA – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Políticas Públicas para a Infância e Adolescência; e GEPAPOS – Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Participação nas Políticas Sociais.

Resaltar a presença dos grupos de pesquisa não é ocasional; é, sim, uma forma de destacar que a formação se faz de forma sistemática e continuada. É nestes espaços, para além da sala de aula, que a realidade se entrelaça com a academia, colocando em xeque os limites do conhecimento científico, mobilizando os pesquisadores a imergirem na realidade social e a desenvolverem metodologias capazes de construir conhecimentos novos e engajados com as lutas da classe trabalhadora.

Nestes grupos de pesquisa, o aprendizado em torno das metodologias qualitativas e/ou quantitativas se materializa e ganha sentido, pois se enraíza na dinâmica da vida social. Também, neste espaço, a dimensão interdisciplinar se manifesta, conferindo sentido à construção de um conhecimento sustentado no diálogo crítico e propositivo. A riqueza dos grupos de pesquisa está, além disso, no fato de que agrega professores, profissionais e acadêmicos de pós-graduação e da graduação, trazendo à tona diferentes experiências e saberes em torno de um objeto comum de investigação, apontando para um horizonte de buscas pela superação das desigualdades sociais.

A consolidação de 30 anos de experiência ocorre num momento significativo para a sociedade brasileira, marcado pela luta contra o avanço do conservadorismo. Cada pesquisa, debate, tese, dissertação, artigo científico e estudo contribui para fortalecer a produção de um conhecimento contra-hegemônico, capaz instrumentalizar profissionais em suas lutas cotidianas no âmbito das políticas públicas. Neste sentido, o processo de formação profissional e de produção de conhecimento objetivado pelo Programa tem relevância social e acadêmica, fortalecendo os movimentos de resistência mobilizados pelo conjunto da categoria profissional.

É preciso comemorar os 30 anos do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais de Franca (Unesp) e parabenizar todo o seu corpo docente, discente e de servidores, pelo empenho e entusiasmo dedicados ao processo de formação, bem como pelo compromisso de edificar estratégias de socialização do conhecimento construído junto à comunidade.

Registro minha *homenagem e afeto* ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UNESP, reconhecendo que, neste espaço de formação e de pesquisa, o Serviço Social é movido por profissionais que dão vida ao projeto ético e político profissional, em um cotidiano marcado pelas lutas por uma sociedade justa e democrática.

Prof^a Dr^a Jussara Ayres Bourguignon
Universidade Estadual de Ponta Grossa/Pr
Novembro - 2023

AS CONTRARREFORMAS NOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA

Marcia Maria Cunha
Marusa Fernandes da Silva
Agnaldo de Sousa Barbosa
Josiani Julião Alves de Oliveira

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo refletir sobre os avanços e retrocessos das políticas sociais, em particular a política de Assistência Social, do ponto de vista histórico da implementação desta política como direito, na atual conjuntura advinda da crise sanitária e social deflagrada pela pandemia da Covid-19, acentuada por ações de cunho eleitoral por parte do Governo Federal, destacando o recente programa intitulado “Auxílio Brasil”, a partir da Medida Provisória nº 1.061, de 9 de agosto de 2021, e da extinção do Programa Bolsa Família, de 2003.

Considerando que o surgimento do Serviço Social no Brasil se dá com o processo de urbanização e industrialização, no qual se acentuam as expressões da questão social advindas da contradição do modo de produção capitalista, no qual os trabalhadores produzem as riquezas, mas delas não se apropriam; e sua inserção ocupacional ocorre nas diversas políticas públicas tanto na execução como na gestão, é de extrema relevância o debate ora realizado, uma vez que este trabalho pretende aprofundar a discussão sobre o direito à renda previsto na política de assistência social em tempos de contrarreformas e agravamento da questão social.

Para a realização desta análise, discorrer-se-á brevemente sobre a história da política de assistência social e dos programas sociais de transferência de renda e as recentes alterações, bem como sobre as contrarreformas e seus impactos.

O artigo está dividido em quatro partes, sendo a primeira uma contextualização das contrarreformas e os impactos na política de assistência social. A segunda aborda os programas sociais de transferência de renda após a Constituição Federal de 1988. A terceira parte versa sobre o atual contexto. Por fim, uma breve elucidação a partir da perspectiva do Projeto

1. AS CONTRARREFORMAS E OS IMPACTOS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A assistência social foi gestada num amplo movimento contraditório, permeada de práticas assistencialistas referenciadas pelo clientelismo, embasadas numa cultura moralista e autoritária, realizadas a partir da filantropia, que pressupõe o reconhecimento da dívida do favor a algo/alguém bondoso, com viés incerto, reduzido e eventual. É reconhecida como direito social a partir da Constituição Federal de 1988 (CF).

Com a promulgação da CF, evidencia-se o avanço legal quanto à efetivação da Seguridade Social como direito, composta pelo tripé: Assistência Social – a quem necessitar, Saúde – direito de todos e Previdência Social – de caráter contributivo. É importante mencionar que, paralelamente, implementavam-se no Brasil “a agenda neoliberal” e as contrarreformas em que o Estado passa a encolher suas ações, transferindo à sociedade civil suas responsabilidades, conforme aponta Behring:

A partir dos anos 1990, o Brasil adentrou num período marcado por uma nova ofensiva burguesa, mais uma vez adaptando-se às requisições do capitalismo mundial [...]. Certamente, configura-se como uma contrarreforma social e moral, na perspectiva de recompor a hegemonia burguesa no país. (BEHRING, 2008, p. 113).

Conforme Granemann (2004, p. 30), a contrarreforma diz respeito a um conjunto de “alterações regressivas nos direitos do mundo do trabalho. As contrarreformas, em geral, alteram os marcos legais – rebaixados – já alcançados em determinado momento pela luta de classe em um dado país”. Nessa perspectiva, a implementação dos direitos sociais promulgados em 1988 foi obstada, haja vista o cenário político e ideológico que se construía no país.

Para Mota (2007), a criação do sistema de Seguridade Social na CF é resultado das lutas dos trabalhadores e dos movimentos sociais e representa um avanço legal de extrema relevância, todavia, sua concepção não se traduziu numa universalização do acesso aos benefícios sociais, porquanto passou a ser negada pelas ações governamentais a partir da década de 1990, com a adoção da política neoliberal e a redução do papel do Estado.

Para entender a dinâmica das contrarreformas, é necessário analisar como se dá o funcionamento do sistema capitalista e suas crises que ocorrem em diferentes estágios de desenvolvimento, tonando-se estruturais a partir da década de 1970¹.

¹ A partir da década de 1970, o mundo passou a vivenciar uma crise estrutural do capital (MÉSZÁROS, 2011, p. 198). Diferentemente das crises cíclicas, que são inerentes ao capital, esta afeta a própria lógica reprodutiva do capital e sua forma de funcionamento.

Para Mota (2010), as crises consistem num desequilíbrio entre a produção e o consumo, que inviabiliza a realização do capital. Através delas o capital se restaura e reorganiza suas estratégias de produção e reprodução social. Isso significa que as crises não causam um colapso do capitalismo, mas ampliam suas contradições.

Retomando a história para entender a presente conjuntura, cumpre visitar os anos que deram sequência ao momento de reconstrução dos países após a segunda Guerra Mundial até os anos 70, quando as economias centrais foram marcadas por uma fase de expansão do capitalismo caracterizadas por elevadas taxas de desenvolvimento econômico, ampliação do emprego e salários e uma forte intervenção do Estado.

Esse período foi conhecido como fordistakeinesiano (HARVEY, 1995). Quando foi possível integrar parte das demandas dos trabalhadores à dinâmica do mercado por meio de legislações trabalhista e políticas de proteção social mediadas pelo Estado para manter o padrão de acumulação do capital.

Contudo, as mudanças a partir da década de 1970, advindas da crise do capital, afetaram primeiramente as economias centrais e posteriormente os países periféricos, como o Brasil, produzindo um cenário em que convivem a acumulação e concentração de riqueza, com a aumento do desemprego, a precarização do trabalho e o agravamento da pobreza (MOTA, 2010).

Para Antunes (2009, p. 33), houve um

processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado e a desregulamentação dos direitos do trabalho.

É importante frisar que no contexto brasileiro não existiu o denominado Estado de Bem-Estar Social. Mota (2010) aponta que no Brasil houve um processo de modernização conservadora que solidificou a industrialização e o crescimento econômico, mas não redistribuiu os resultados dessa expansão para a maioria da população trabalhadora.

Para a autora, apenas os instrumentos formais e legais presentes na CF indicam a existência de um Estado de Bem Estar Social, mesmo que de caráter documental (MOTA, 2006 apud MOTA, 2010).

Diante do cenário de contrarreformas, a Política de Assistência Social se instituiu apenas em 1993, a partir da promulgação da Lei Orgânica de Assistência Social (nº 8.742), estabelecendo-a como direito não contributivo, sendo descentralizada (político-administrativamente), possibilitando a participação popular através da sociedade civil e de organizações representativas na formulação e no controle de ações.

Em 2003 foi realizada a IV Conferência Nacional de Assistência Social, sendo uma das deliberações a materialização da LOAS. Em 2004 é aprovada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) a Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

De acordo com a PNAS/2004 (BRASIL, 2004), são funções da Assistência Social: a proteção social hierarquizada entre proteção básica e proteção especial, a vigilância socioassistencial e a defesa dos direitos socioassistenciais.

A proteção social se efetivará com o atendimento de algumas seguranças socioassistenciais que serão afiançadas pela PNAS, sendo uma delas a segurança de sobrevivência ou de

rendimento e de autonomia que será garantida por meio de benefícios continuados e eventuais a idosos e pessoas com deficiência sem fonte de renda e sustento; pessoas e famílias vítimas de calamidades e emergências; situações de forte fragilidade pessoal e familiar, em especial às mulheres chefes de família e seus filhos. (PNAS, 2004, p. 31). A transferência direta de renda é uma forma de materializar esse benefício.

Em 2011 é sancionada a Lei 12.435, que organiza a Política de Assistência Social através do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A gestão desta política passa a ser efetivada por um sistema descentralizado e participativo, cabendo aos municípios uma parcela significativa de responsabilidade na sua formulação e execução. O SUAS vem para cumprir os objetivos, princípios e diretrizes da LOAS, reorganizando os serviços, programas, projetos e benefícios de acordo com as funções estabelecidas na Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004.

Apesar dos avanços formais na estruturação e gestão desta política e no aumento da rede de serviços socioassistenciais, a sua concretude na realidade social é repleta de limites orçamentários que desafiam a sociedade a torná-la um direito real que vá além do seu histórico de benesses destinadas aos mais pobres.

2. OS PROGRAMAS SOCIAIS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA APÓS A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Com a redemocratização do país e a promulgação da CF de 1988, ficou estabelecida a garantia de um salário mínimo para pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. Esse benefício foi regulamentado pela LOAS e substituiu a Renda Mensal Vitalícia, criada em 1974.

A partir dos governos que sucederam a CF 1988 passou-se a discutir formas de enfrentamento à pobreza e à fome de forma descentralizada e municipalizada.

De acordo com a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) (2007), a pobreza e a indigência na América Latina entre os anos de 1980-2006 obtiveram maiores números na década de 1990. Como resposta a este cenário permeado pela reestruturação produtiva e pela política neoliberal, surgem programas de enfrentamento à pobreza (SILVA, 2019).

Para Silva (2007), a transferência de renda no Brasil passa a fazer parte da agenda pública em 1991, quando o senador Eduardo Suplicy apresenta o Projeto de Lei nº 80/1991, sobre o Programa de Garantia de Renda Mínima (PGRM) que atenderia a todos os brasileiros residentes no país, maiores de 25 anos de idade, com uma renda de até 2,25 salários mínimos.

Os programas sociais criados a partir da década de 1990 estavam ligados a planos de combate à pobreza e à fome que foram desenvolvidos a partir de uma concepção que direcionou a forma de conceituar e explicar os problemas sociais e de criar estratégias políticas para enfrentá-los. Mais do que conhecer esses programas, é essencial entender o contexto e a forma como foram inseridos e legitimados nas agendas governamentais e quais as suas perceptivas.

Em 1995 foi criado o Programa Comunidade Solidária pelo Governo Federal, nos três níveis de governo – federal, estadual e municipal – e a sociedade, tendo como princípios a parceria entre governo e sociedade civil, solidariedade, descentralização e convergência integrada de ações. E como objetivos, a gestão de programas federais com a participação da sociedade no controle e na execução quanto ao enfrentamento à fome e à pobreza (PELLANO, 1995).

No governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), houve a criação de várias legislações para regulamentar o terceiro setor. Em 1998 foi publicada a Lei nº 9.608, que dispõe sobre a definição do serviço voluntário, os direitos e deveres daqueles que recebem e dos que prestam tais serviços; a Lei nº 9.637/98, que cria as Organizações Sociais, e a Lei nº 9.790/99, que institui as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – Oscips. Essas leis indicam um rol de atividades, delimitam o campo de atuação das organizações e estabelecem formas de fiscalizar a contratação dos serviços (THIESENA, 2009).

A preocupação com o terceiro setor surge no momento em que o governo busca, por meio da Reforma Gerencial da Administração Pública em 1995², transferir sua reponsabilidade de prestação de serviços sociais reconhecidos como direitos constitucionais para a sociedade civil.

Dada a ineficácia do Programa Comunidade Solidária, foram criados outros programas, entre eles os de transferência direta de renda, como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI³. Foi implementado o Benefício de Prestação Continuada - BPC, instituído

-
- 2 A reforma envolve: a) a descentralização dos serviços sociais para estados e municípios; b) a delimitação mais precisa da área de atuação do Estado, estabelecendo-se uma distinção entre as atividades exclusivas, que envolvem o poder do Estado e devem permanecer no seu âmbito, as atividades sociais e científicas, que não lhe pertencem e devem ser transferidas para o setor público não estatal, e a produção de bens e serviços para o mercado; c) a distinção entre as atividades do núcleo estratégico, que devem ser efetuadas por políticos e altos funcionários, e as atividades de serviços, que podem ser objeto de contratações externas; d) a separação entre a formulação de sete políticas e sua execução; e) maior autonomia para as atividades executivas RSP exclusivas do Estado que adotarão a forma de agências executivas; f) maior autonomia ainda para os serviços sociais e científicos que o Estado presta, que deverão ser transferidos para (na prática, transformados em) organizações sociais, isto é, um tipo particular de organização pública não estatal, sem fins lucrativos, contemplada no orçamento do Estado – como no caso de hospitais, universidades, escolas, centros de pesquisa, museus, etc.; g) assegurar a responsabilização (*accountability*) por meio da administração por objetivos, da criação de quase-mercados e de vários mecanismos de democracia direta ou de controle social, combinados com o aumento da transparência no serviço público, reduzindo-se concomitantemente o papel da definição detalhada de procedimentos e da auditoria ou controle interno – os controles clássicos da administração pública burocrática – que devem ter um peso menor (PEREIRA, 1999).
- 3 O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil foi criado em 1996. Ele se destina a atender famílias com crianças entre sete e 15 anos, em situação de trabalho ou em risco de trabalhar em atividades perigosas e prejudiciais à saúde das crianças, por meio de repasse de verbas para os municípios participante. O valor do benefício era de R\$ 25,00 por criança nas áreas rurais e R\$ 40,00 nas áreas urbanas. Como condicionalidade as famílias se comprometem a não permitir que crianças menores de 16 anos trabalhem e tenham ao menos 75% de presença na escola.

pela Lei Orgânica da Assistência Social (SILVA, 2007). Em 2001 foram criados o Bolsa Escola⁴, o Bolsa Alimentação⁵ e o Auxílio Gás⁶ (SOARES et al., 2006).

Ao analisar a política social no governo de FHC, Soares (2012) considera que além de não avançar no entendimento e na construção da Política Social como constitutiva do direito de cidadania, houve um retrocesso que está ligado a uma “concepção focalista, emergencial e parcial”, na qual as demandas sociais devem ser resolvidas sobretudo pelas ações da própria população. Tal compreensão se apresenta de forma latente com denominações como “participação comunitária”, “autogestão” e “solidariedade” (SOARES, 2012, p. 181).

No governo Luís Inácio Lula da Silva (2003-2011), diferentes programas foram unificados ao Programa Bolsa Família⁷ (PBF), a partir da necessidade apontada durante a transição do governo anterior, para torná-lo mais eficiente.

O PBF busca articular três dimensões necessárias para a superação da fome e da pobreza: transferência de renda, para o alívio imediato da pobreza; condicionalidades para comprometer ao mesmo tempo o poder público e famílias para o acesso aos direitos básicos; e as ações complementares, para contribuir na superação e na autonomia das famílias.

Além de implantar o PBF, o governo investiu na divulgação das políticas de combate à pobreza e à fome, numa sociedade marcada pela desigualdade social. Esse discurso estava presente nas falas do presidente em entrevistas, na campanha presidencial e em seu discurso de posse.

A forma de conduzir o debate sobre as políticas de enfrentamento à fome e à pobreza levou a discussão do tema para dentro do governo e das burocracias governamentais, ultrapassando o espaço da elite política dirigente e migrando para os demais níveis hierárquicos da administração pública. Isso aumentou a capacidade de politização da burocracia quando o governo do PT assumiu a presidência e o poder público passou a executar ações que antes eram tidas como meramente políticas (SILVA, 2013).

Apesar de o PBF ser focalizado, punitivista em relação às condicionalidades e voltado para amenizar as condições dos miseráveis, demandando aumento dos valores e número de vagas, com a sua criação e a de outros programas sociais, o governo do PT chamou para

4 O Bolsa Escola foi criado pelo Ministério da Educação, voltado para o atendimento de famílias com crianças de sete a 15 anos de idade, com o valor de R\$ 15,00 por criança, limitado a três filhos. Como critério havia o controle da matrícula e frequência da criança à escola.

5 O Bolsa Alimentação foi criado pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reduzir deficiências nutricionais e a mortalidade infantil entre as famílias com renda *per capita* de até meio salário mínimo. O benefício atendia famílias com mulheres gestantes ou nutrizes, ou ainda com crianças de seis meses a seis anos de idade. O valor era de até três Bolsas Alimentação para cada família, variando de R\$ 15,00 até R\$ 45,00 por mês.

6 O Auxílio-Gás buscou compensar o fim do subsídio ao gás de cozinha. Destinado para famílias com renda familiar *per capita* de no máximo R\$ 90,00, tendo como condicionalidade à família estar registrada no Cadastro Único. O valor do benefício era de R\$ 7,50 por mês, pagos bimestralmente.

7 O PBF, criado em 2003, é um programa de transferência de renda com condicionalidades na área da educação e saúde, destinado a famílias em situação de pobreza e extrema pobreza (até R\$ 178,00). O valor que a família recebe por mês é a soma de vários tipos de benefícios que dependem da composição (número de pessoas, idades, presença de gestantes etc.) e da renda da família beneficiária (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2019).

si a reponsabilidade pela proteção social e promoveu a construção de uma rede articulada de serviços públicos no atendimento às famílias beneficiárias. Aprimorou o Cadastro Único, que se constitui numa base de dados nacionais importante sobre o acesso às diferentes políticas públicas.

Segundo o estudo do IPEA (2019) denominado “Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos”, o PBF foi o responsável por 10% da diminuição da desigualdade entre 2001 e 2015 e, entre 2001 e 2006, o PBF respondeu por quase 17% da redução (IPEA, 2019).

Diante dos dados, ainda que o PBF apresente a necessidade de aperfeiçoamento, não há como desconsiderar seus avanços. Após 18 anos de existência do PBF, o governo de Jair Bolsonaro, por meio de da Medida Provisória 1.061, extinguiu o programa criado em 2003 e que atendia mais de 14 milhões de pessoas, considerado um modelo de sucesso no mundo, substituindo-o pelo Auxílio Brasil⁸.

Tal programa é executado através da integração e da articulação de políticas, de programas e de ações voltadas:

- I - ao fortalecimento das ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS;
- II - à transferência direta e indireta de renda;
- III - ao desenvolvimento da primeira infância;
- IV - ao incentivo ao esforço individual; e
- V - à inclusão produtiva rural e urbana, com vistas à emancipação cidadã.

Uma das ações que chamam a atenção é o incentivo ao esforço individual. Fica evidente aqui uma concepção meritocrática do direito: aquele que se esforçar receberá mais atenção do governo.

Quanto aos objetivos, verifica-se uma diversidade entre eles (educação, esporte, emprego, empreendedorismo), o que pode tirar o foco no que antes se tinha como objetivo principal: redução da extrema pobreza e da pobreza.

Também se observa uma variedade de benefícios voltados a atender a situações em que a situação de extrema pobreza não é o foco, como o Auxílio Esporte Escolar para famílias dos atletas, a Bolsa de Iniciação Científica Júnior, concedida a estudantes que se destacarem em competições acadêmicas e científicas, de abrangência nacional, vinculadas a temas da educação básica, e o Auxílio Inclusão Produtiva Urbana, destinado àqueles que comprovarem vínculo de emprego formal, nos termos do regulamento.

De acordo com Sordi (2021), a forma como foi construída este programa resulta numa completa desresponsabilização do Estado pela geração da pobreza que é fruto da política

8 O Auxílio Brasil foi instituído pelo governo federal por meio da medida provisória nº 1.061, de 9 de agosto de 2021. Ele integra em um só programa várias políticas públicas de assistência social, saúde, educação, emprego e renda. É destinado a famílias em situação de extrema pobreza e famílias em situação de pobreza, que possuem em sua composição gestantes ou pessoas com idade até 21 (vinte e um) anos incompletos (BRASIL, 2021).

econômica, e, por este motivo, da individualização de questões que são estruturantes da formação social brasileira, reduzindo a esforços individuais o enfrentamento dos problemas.

Para a autora, não se trata apenas da alteração técnica de um programa para outro, mas do fim da coesão social construída sobre as formas de enfrentamento à pobreza e à extrema pobreza no país (SORDI, 2021).

3. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTEXTO ATUAL

Com o golpe de 2016, passa-se a vivenciar muitos retrocessos nas políticas públicas já enfraquecidas. Com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que congelou os gastos públicos pelo período de vinte anos, houve uma diminuição dos recursos para a política pública de assistência social, atuando assim na contramão da necessidade de expansão do seu financiamento, principalmente com a pandemia da Covid-19, que tornou os serviços da assistência social essenciais e que devem permanecer em funcionamento, atendendo à população mais vulnerável.

O contexto trazido pela pandemia da Covid-19 tem exigido do poder público ações mais eficazes no enfrentamento às situações de desproteção social, significativamente agravadas com a crise econômica e sanitária no país.

Mas, no sentido contrário ao que a realidade impõe, o governo atual tem trabalhado para descaracterizar e desfinanciar as políticas públicas. O agravamento da questão social não foi acompanhado pelo financiamento necessário para contemplar as demandas previstas.

Segundo dados de um estudo realizado sobre o financiamento da política de assistência social, os recursos estão diminuindo principalmente após 2020, ano em que se decretou a pandemia da Covid-19, quando a situação socioeconômica do país se agravou.

Tabela 1 – Recursos pagos do orçamento federal ao PBF, PSB e PSE

| ANO | PBF (TRANSFERÊNCIA DIRETA ÀS FAMÍLIAS) | AÇÕES DA PSB | AÇÕES DA PSE MÉDIA COMPLEXIDADE | AÇÕES DA PSE DE ALTA COMPLEXIDADE |
|-------------------|---|-----------------|---------------------------------------|---|
| 2016 | 27,5 (bi) | 1,6 (bi) | 471,8 (mi) | 278,9 (mi) |
| 2017 | 27,7 (bi) | 1,7 (bi) | 584,4 (mi) | 303,1 (mi) |
| 2018 | 29,5 (bi) | 1,0 (bi) | 305,6 (mi) | 195,4 (mi) |
| 2019 | 32,5 (bi) | 1,8 (bi) | 2,9 (mi) | 2,0(mi) |
| 2020 | 18,9 (bi) | 893,8 (mi) | 463,6 (mi) | 463,6 (mi) |
| 2021 ^a | 10,4 (bi) | 153,7 (mi) | 83,6 (mi) | 83,6 (mi) |

Fonte: DELGADO *et al.*, 2021, p. 54.

De acordo com a tabela 1, houve uma retirada de recursos já a partir de 2018 nas ações de Proteção Social Básica (PSB), nas Ações de PSE Média Complexidade e nas Ações de PSE de Alta Complexidade.

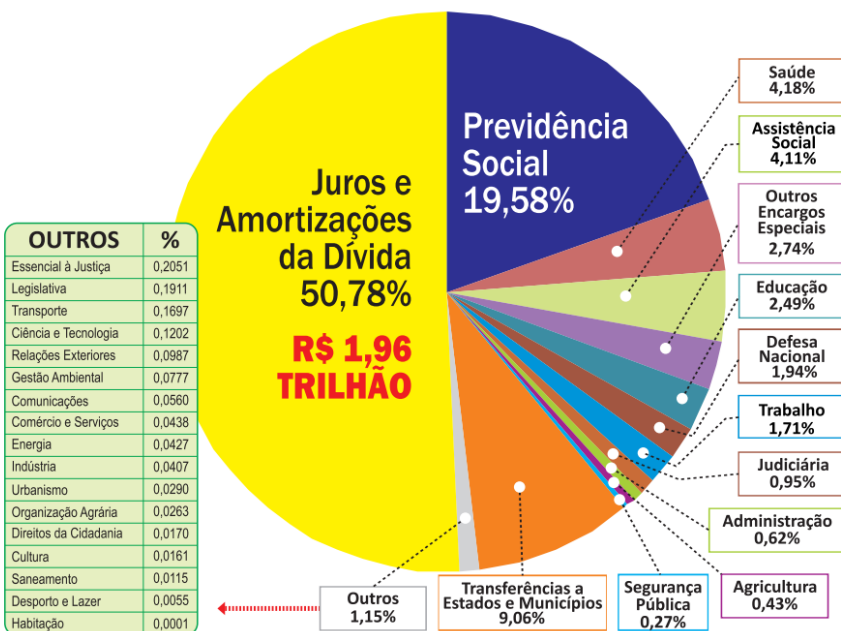
Sem financiamento, perde-se o instrumento elementar que possibilita a garantia dessa política na vida dos brasileiros, o que impactará nas condições de vida da população.

Ao passo que houve o congelamento de gastos primários por vinte anos e o corte de recursos para a Seguridade Social, deu-se o aumento dos gastos com a dívida pública, que é paga com o mesmo orçamento por meio da DRU, conforme a figura 1:

Figura 1 - Orçamento Federal Executado em 2021



Orçamento Federal Executado (pago) em 2021 = R\$ 3,861 Trilhões



Fonte: https://www1.sioop.planejamento.gov.br/QuAJAZZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqk04&anonymous=true&sheet=SH06
 Elaboração: Auditoria Cidadã da Dívida. Consulta em 2/2/2022. Orçamento Fiscal e da Seguridade Social. Gráfico por Função, com exceção da Função "Encargos Especiais", que foi desmembrada em "Juros e Amortizações da Dívida" (GND 2 e 6); "Transferências a Estados e Municípios" (Programa 0903), e "Outros Encargos Especiais" (restante da função, composta por gastos com cumprimento de Sentenças Judiciais e outros gastos).

Fonte: FATORELLI; ÁVILA, 2022.

Em 2021, o governo federal gastou R\$ 1,96 trilhão, o que significa 50,78%, ou seja, mais da metade dos recursos do orçamento federal, com juros e amortizações da dívida pública,

o que representa um aumento de 42% em relação ao valor gasto em 2020, que por sua vez já tinha sido 33% superior a 2019 (FATORELLI; ÁVILA, 2022).

Em relação ao sistema de Seguridade Social, os investimentos foram: Assistência Social, 4,11%, Saúde, 4,18% e Previdência Social, 19,58% (FATORELLI; ÁVILA, 2022).

Observa-se a prioridade dada ao pagamento da dívida pública em detrimento das políticas sociais. Faz-se necessário convencer a sociedade sobre o déficit desse sistema e assim restringir o Estado Social, a fim de que sobrejam mais recursos para serem desvinculados.

Ao analisar a forma como foram construídas e apresentadas as mudanças trazidas pelo Auxílio Brasil, podem-se fazer algumas ponderações: não houve um estudo fundamentando tal mudança; não foi cumprido o pacto federativo; não houve participação da sociedade civil organizada por meio dos conselhos de direitos; o programa se apresenta no momento em que se aproximam as eleições, ficando nítido seu caráter eleitoral.

Diante de tantos retrocessos, põe-se uma realidade cada vez mais desafiante, sobretudo para o Serviço Social, que trabalha com as expressões da questão social, na luta pela ampliação dos serviços socioassistenciais e pela universalidade do acesso. Isso só é possível com a responsabilização do Estado em garantir os direitos sociais e o seu financiamento.

É importante que se faça a defesa dos programas de transferência de renda e do seu financiamento na perspectiva de luta, para que eles se convertam num direito a um patamar de renda que proporcione uma vida digna.

Como pontua Behring (2021, p. 80):

[...] financiada pelo imposto sobre grandes fortunas, por uma gestão soberana da dívida pública auditando e quiçá fechando a gambiarra de recursos para o pagamento de juros, encargos e amortizações da mesma, entre outras possibilidades.

4. O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL E A ATUAÇÃO DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

O cenário elucidado brevemente acima recai objetivamente sobre o Serviço Social, sobretudo na inserção da/o assistente social nos diversos espaços sócio-ocupacionais.

A partir do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), realizado em 1979, a direção social da profissão assumiu o seu lugar junto à classe trabalhadora. Tem-se a divisão social e técnica do trabalho como um resultado histórico na concepção do Serviço Social. A intervenção profissional passou a ser direcionada por documentos e normativas que versam sobre a atuação, alicerçada no Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social.

Conforme Netto, um projeto profissional apresenta a autoimagem de uma profissão:

Os projetos profissionais apresentam a autoimagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas. (1999, p. 95).

Salienta-se, contudo, que o projeto profissional está alicerçado num projeto societário que tem como objetivo “guiar” a sociedade de uma maneira geral, seja para transformá-la, seja para conservá-la. Assim, o Projeto Ético-Político de uma profissão denota a direção profissional e o seu modo de ser vinculado a um projeto de sociedade.

O Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social, conforme Teixeira e Braz,

[...] está vinculado a um projeto de transformação da sociedade. Essa vinculação se dá pela própria exigência que a dimensão política da intervenção profissional põe. Ao atuarmos no movimento contraditório das classes, acabamos por imprimir uma direção social às nossas ações profissionais que favorecem a um ou a outro projeto societário. Nas diversas e variadas ações que efetuamos, como plantões de atendimento, salas de espera, processos de supervisão e/ou planejamento de serviços sociais, das ações mais simples às intervenções mais complexas do cotidiano profissional, nelas mesmas, embutimos determinada direção social entrelaçada por uma valoração ética específica. (2009, p. 5).

A atuação profissional da/o assistente social deve ser respaldada na direção dos interesses da classe trabalhadora, com vistas a uma sociedade anticapitalista, embasados no Código de Ética Profissional de 1993, na Lei de Regulamentação da Profissão de 1993, nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996 e nos documentos do Conjunto CFESS/CRESS. Fundamenta-se nas dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

No que se refere à atuação da/o assistente social na política de assistência social, é importante destacar que é um vasto campo de inserção profissional, principalmente após a implementação do SUAS, e denota a precarização dos diversos espaços sócio-ocupacionais, desde os baixos salários ofertados pelo terceiro setor até a infraestrutura ofertada para a realização do trabalho. Recai objetivamente na impossibilidade de efetivar os direitos através das políticas sociais, mesmo que minimamente. Outra questão que influencia na execução de políticas é o caráter filantrópico das ações de cunho social, numa tendência à volta do primeiro-damismo, desresponsabilizando o Estado na efetivação dos direitos e incentivando as ações voluntárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir os retrocessos da política de assistência social com vistas aos programas de transferência de renda é fundamental nesse cenário de desmonte de direitos sociais,

sobretudo após o golpe de 2016, intensificado no atual governo federal com a reafirmação do ideário neoliberal.

É fundamental que a categoria profissional continue a fomentar os espaços de discussão acerca da política de assistência social e reafirme a importância da participação política nas conferências, nos conselhos, nos fóruns, nas frentes de luta, em tantos outros espaços, com vistas à efetivação desta política e do Sistema de Seguridade Social público e de qualidade, com recursos que cumpram seus princípios e objetivos constitucionais. Deve-se garantir, por meio de suas ações, a universalidade do acesso e obstar o seu desmonte, como vem sendo realizado.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. 10. reimpr. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2009.

BRASIL. **Medida Provisória nº 1.061, de 9 de agosto de 2021 – Institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil, e dá outras providências**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.061-de-9-de-agosto-de-2021-337251007>. Acesso em: 23 nov. 2021.

BOSCHETTI, I., I BEHRING, E.L. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem?. **Serv. Soc. Soc. (140)** • Jan.-Abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/Wbf86mT4vwX6HvnSyRy3kkD/>. Acesso em: 24 nov. 2021.

CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Luíza de Souza; GOMES, Vera Lúcia Batista. **Crise do capital e desmonte da Seguridade Social**: desafios (im) postos ao Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, pp. 447-466, 2017.

Colin, Denise; Jaccoud, Luciana. “Assistência social e construção do Suas”. In: Colin, Denise et al. (Orgs.). **Vinte anos da Lei Orgânica da Assistência Social**. Brasília: MDS, 2013, v. 1, pp. 42-65.

DELGADO, Diana. *et al.* (Des)financiamento e (des) proteção social: o abate da ‘prima pobre’ da Seguridade Social. **O Social em Questão** - Ano XXV - nº 52 – Jan./abr. 2022. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/56391/56391.PDF>. Acesso em: 22 ago. 2022.

FATORELLI, M. L.; ÁVILA, R. **Gasto com dívida pública sem contrapartida quase dobrou de 2019 a 2021**. Disponível em: <https://auditoriacidada.org.br/conteudo/gasto-com-divida-publica-sem-contrapartida-quase-dobrou-de-2019-a-2021/>. Acesso em: 5 ago. 2022.

GRANEMANN, Sara. Necessidades da Acumulação Capitalista. **Revista Inscrita**, Ano VI, nº IX, p. 29-32, 2004. Disponível em: https://issuu.com/cfess/docs/revistainscrita-cfess_9. Acesso em: 10 ago. 2022.

IPEA. **Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos, 2019**. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2499.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. Disponível em: <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/208/o/para-alem-do-capital.pdf>. Acesso em: 20 de junho de 2018.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Bolsa Família**. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>. Acesso em: 5 dez. 2021.

MOTA, A. E. Serviço Social e Seguridade Social: uma agenda recorrente e desafiante. **Em Pauta: Teoria Social & Realidade Contemporânea**. Rio de Janeiro, n. 20, p. 127-138, 2007. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/164/190>. Acesso em: 1 ago. 2022.

MOTA, Ana Elizabete. Crise Contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <https://www.poteresocial.com.br/wp-content/uploads/2017/08/1.2-Crise-contempor%C3%A2nea-e-as-transforma%C3%A7%C3%B5es-na-produ%C3%A7%C3%A3o-capitalista-%E2%80%93Ana-Elizabete-Mota.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético político contemporâneo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

PELLIANO, Anna M.T.M., RESENDE, L.F. de Lara e BEGHIN, Nathalie. O Comunidade Solidária: Uma Estratégia de Combate à Fome e à Miséria. **IPEA, Planejamento e Políticas Públicas – PPP, Volume 12**. Brasília: jun./dez. 1995.

PEREIRA, L. C. B. (2014). Reflexões sobre a reforma gerencial brasileira de 1995. **Revista Do Serviço Público**, 50(4), pp. 5-29. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v50i4.354>. Acesso em: 2 dez. 2021.

SILVA, L. A. L. Mecanismos da construção federal da intersetorialidade no

Programa Bolsa Família: o papel das burocracias. **Revista do Serviço Público**. Jul./set. 2013. Disponível em: <https://revista.ena.gov.br/index.php/RSP/article/view/127/526>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SOARES, F. V. et al. “**Programas de transferência de renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade**”. Ipea, 2006 (Texto para Discussão, n. 1.228). Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1228.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SORDI, D. O Programa Auxílio Brasil e o encerramento do Bolsa Família. **Le Monde Diplomatique**. 24 ago. 2021. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/o-programa-auxilio-brasil-e-o-encerramento-do-bolsa-familia/>. Acesso em: 10 nov. 2021.

TEIXEIRA, Joaquina Barata; BRAS, Marcelo. O projeto ético político do Serviço Social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

THIESEN, R. D. A evolução do terceiro setor brasileiro e sua relação com o estado. **Revista Direito Em Debate**, v. 18, n. 31 (2009). Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate/article/view/644>. Acesso em: 2 dez. 2021.

A CRIANÇA BRASILEIRA: DA SITUAÇÃO IRREGULAR AO ESTATUTO

Mayara Simon Bezerra

Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliveira

INTRODUÇÃO

A história da criança no Brasil não se difere da história mundial, em que a infância era considerada uma fase passageira e sem importância, como se a criança não existisse, visto que era incorporada precocemente ao mundo adulto, tendo que percorrer um longo caminho para ser reconhecida como sabemos hoje, embora muitas crianças ainda hoje não têm seus direitos garantidos.

No caso brasileiro, após a segunda metade do século XX, a infância começa a ser notada; os primeiros cuidados são assumidos em relação à saúde da criança, alimentação e proteção.

Legislações e normativas referentes aos cuidados de crianças e adolescentes começam a surgir. Inicialmente as legislações apresentavam um caráter punitivo, de correção e como forma de resolver a questão da criança problema: aquelas que estavam nas ruas, abandonadas, em famílias pobres, as consideradas um problema para a sociedade e ordem vigente.

Crianças eram julgadas como adultas, sua idade e condição não eram considerados; vários foram os códigos neste sentido. Em lugar de proteção, a responsabilização e punição, como se fossem responsáveis pela situação em que se encontravam.

Um longo caminho foi percorrido, através de lutas e organizações que culminaram em um primeiro avanço em relação à infância; o artigo 227 da Constituição Federal de 1988, que serviu como base, dentre as movimentações existentes, para elaboração, aprovação e implementação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) em 1990.

Resultante de estudo realizado no curso de Mestrado em Serviço Social no ano de 2017, mediante pesquisa bibliográfica e documental, este artigo teórico tem como objetivo refletir sobre o ser criança no Brasil, conhecendo o processo histórico em relação aos direitos da criança, que culminou com o Estatuto da Criança e do Adolescente, que está em vigor há 32 anos e muitas crianças ainda estão longe de terem seus direitos garantidos e livres de violência.

1. A TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA A INFÂNCIA: DO “MENOR”¹ A SUJEITO DE DIREITOS

A criança brasileira nem sempre foi vista como pessoa em desenvolvimento; seu reconhecimento como sujeito de direitos é um fato do contexto contemporâneo, sendo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) fundamental nesta questão, no qual o princípio da condição peculiar da criança e adolescente serem pessoas em desenvolvimento perpassa todo o estatuto.

Comparada a história mundial, o reconhecimento da infância em âmbito de proteção, normativas e garantias para um desenvolvimento saudável e livre de violações é muito recente, e o caso brasileiro não é diferente. As crianças brasileiras nativas do país, crianças indígenas, são as primeiras que começam a passar por algumas mudanças com a chegada dos portugueses no Brasil.

A humanidade começou a efetivamente reconhecer a criança e o adolescente em suas particularidades há menos de dois séculos, cabendo aos adultos preservar seu pleno desenvolvimento por meio de cuidados privados e públicos. [...] temos um vasto leque para aprofundar as pesquisas sobre o atendimento à infância, que no caso brasileiro vai ter início com a catequização das crianças indígenas e dos filhos oriundos das relações entre homens europeus e mulheres indígenas e africanas. Essa é uma primeira marca sobre o domínio que permanece contra o desenvolvimento das crianças e adolescentes no Brasil. Não podemos negar o quanto essa trajetória vai demarcar decisivamente os rumos do trato a grande parcela da infância (FUZIWARA, 2013, p. 529).

Para os índios brasileiros a criança era importante, de responsabilidade não só dos pais, mas de toda a tribo. Com a chegada dos portugueses e o processo de colonização é iniciada a catequização indígena; por meio da catequese as crianças indígenas eram educadas de acordo com a educação e interesses de Portugal. Um choque e violência cultural que marca a infância brasileira: “No caso da sociedade brasileira, é imprescindível pensarmos a infância marcada por uma violência de origem, que é a invasão, primeiramente de Portugal, às terras deste território.” (FUZIWARA, 2013, p. 531). Assim, podemos dizer que uma das primeiras formas de violência que a infância brasileira sofreu foi a “invasão” de Portugal.

1 Utilizamos o termo “menor” para designar a criança e adolescente que eram considerados problemas para a ordem social (pobres, abandonados, delinquentes), termo este usado para diferenciar os “menores” das outras crianças. Somente com a promulgação do Estatuto da Criança e Adolescente em 1990 é que o termo “menor” deixa de ser utilizado (em termos, pois a mídia ainda utiliza para designar crianças e adolescentes envolvidos em ocorrências), e a criança passa a ser vista como sujeito de direitos, independente de classe social.

Igreja e Estado formaram uma aliança importante neste período em relação aos índios, visto que estes eram “livres”, não seguiam a um rei ou algo relacionado, tornando difícil o processo de catequização e vida Cristã:

Dos grandes impedimentos sentidos para a conversão dos gentios, que resume tudo o mais que se seguirá, eram lhes faltar “rei, lei e fé”. Suprir estas ausências era tarefa considerada árdua, mas não impossível, para aqueles que fizeram desta terra o seu empreendimento. O fato de andarem os índios soltos, sem prestarem obediência a um rei e sem se encontrarem organizados por um poder centralizador nos moldes dos Estados europeus, dificultava a conversão (ARANTES, 2011, p. 159).

Sujeitos a colonização portuguesa, os índios eram forçados pela cristianização ou pela força do governo a servidão, conversão e trabalho escravo, sofrendo uma terrível violência cultural e corporal. As ordens de Portugal nesta época era a catequização dos índios e ensinamento dos costumes, principalmente aos meninos, para que se tornassem homens de bem e súditos do rei.

Algumas crianças indígenas foram separadas de sua tribo e conseqüentemente de seus pais, passando a viver com os jesuítas e adotando os novos costumes e cultura imposta, fazendo com que esquecessem suas origens e tribo. Neste período coube aos jesuítas a educação das crianças indígenas e portuguesas. Em 1585 os padres da Companhia de Jesus – os jesuítas contavam com três colégios no Brasil, no qual o primeiro consta do ano de 1549. Para as crianças da elite brasileira estas escolas tinham como propósito a ordem e homogeneização.

Construindo casas e colégios, atraindo para junto de si os filhos dos índios e mestiços, amparando órfãos portugueses e brasileiros, ocupando-se das famílias e dos filhos dos portugueses, foram os jesuítas, por mais de duzentos anos, os educadores do Brasil (ARANTES, 2011, p. 166).

Com a chegada dos portugueses ao Brasil chegaram também os primeiros africanos escravizados, e com eles as crianças escravizadas, mão-de-obra barata e explorada pelos senhores, essas crianças morriam com facilidade e poucas chegavam à idade adulta gozando de boa saúde devido às condições em que viviam e os abusos sofridos. Além do tráfico negreiro existente no país, em alguns lugares era possível observar a “[...] produção de crianças para a escravidão, ou ‘pecuária negreira’” (ARANTES, 2011, p. 172).

Em 28 de setembro de 1871 é promulgada pela Princesa Isabel a Lei do Ventre Livre, também conhecida como Lei do Rio Branco. As crianças filhas de escravos nascidas a partir da data de promulgação da lei estariam livres, e deveriam permanecer sob os “cuidados” dos senhores até completarem oito anos completos.

A lei, conhecida como “do ventre livre”, estabelecia que a partir de então os filhos de escravos nasceriam libertos (“ingênuos”). No entanto, tal liberdade permanecia condicionada à vontade do Senhor, à medida em que este, ao ‘criá-los’ até os 8 anos de idade, adquiria o direito de usufruir de seu trabalho até que completassem 21 anos, ou então entregá-los ao Estado, recebendo, neste caso, uma indenização (RIZZINI, 2011, p. 103).

Ao completar 7 anos de idade a criança escravizada era inserida no mundo do trabalho como aprendiz e aos 12 anos já era considerada apta para o trabalho escravo. No século XIX muitas crianças e adolescentes brasileiros se encontravam no trabalho infantil escravo.

Em sua menoridade as crianças escravas serviam como brinquedos dos filhos dos senhores (a quem inclusive eram doadas como presente) e divertimento das visitas, ou seja, eram consideradas animaizinhos de estimação (cavalinhos, macaquinhos). Além de humilhações, sofriam maus-tratos e mesmo exploração sexual [...].

A criança escrava não era, pois, objeto de proteção por parte da sociedade. Sua sina estava traçada como propriedade individual do senhor seu dono, como patrimônio e mão-de-obra. [...] (FALEIROS, E. T. S., 2011, p. 205).

Com o passar do tempo foi crescendo a população dos chamados “primeiros brasileiros”, os filhos ilegítimos de relacionamentos entre os europeus que aqui chegavam com mulheres índias e escravizadas (muitas vezes os filhos dos abusos sofridos). Crianças sem referência paterna e às vezes materna, visto que muitas mulheres escravizadas quando davam a luz eram amas de leite das crianças brancas.

Muitas dessas crianças eram abandonadas, ficando à própria sorte ou eram acolhidas por instituições na qual eram deixadas nas portas, como as igrejas. Com o crescente número de abandono de crianças surge no Brasil a Roda dos Expostos conhecida também como Roda dos Rejeitados, que teve origem na Europa. Estas eram cilindros de madeira giratórios com uma abertura em que as crianças abandonadas eram colocadas e giradas para dentro das instituições – Santas Casas de Misericórdia, preservando a identidade das mães ou de quem deixava as crianças no local.

A roda de expostos foi uma das instituições brasileiras de mais longa vida, sobrevivendo aos três grandes regimes de nossa história. Criada na Colônia, perpassou e multiplicou-se no período imperial, conseguiu manter-se durante a República e só foi extinta definitivamente na recente década de 1950! Sendo o Brasil o último país a abolir a chaga da escravidão, foi ele igualmente o último a acabar com o triste sistema da roda dos enjeitados (MARCILIO, 2016, p. 69).

A primeira roda do Brasil foi criada em Salvador/Bahia no ano de 1726; o sistema de rodas perdurou por muitos anos, sendo abolido formalmente em 1927, mas as rodas funcionaram até por volta de 1950.

Eva Faleiros (2011, p. 209) destaca sobre a assistência as crianças, afirmando: “No Brasil Colônia, a assistência às crianças abandonadas, órfãs e pobres [...], era de responsabilidade das câmaras municipais, mas foi em grande parte assumida pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia [...]”; ou seja, antes de ser adotado o sistema de rodas as crianças abandonadas ficavam a cargo das câmaras municipais, que tinham autorização do governo para cobrar impostos e assim cuidar destas crianças.

Sobre a situação do “menor”, pobre, negro e abandonado desde o Brasil Colônia, Eva Faleiros (2011) explicita que

O peso desta história até hoje nos pesa. Ao crioulinho, ao moleque, à criança pobre, em suma, ao *menor*, não resta senão vender muito cedo sua força de trabalho, não resta senão uma “infância-curta”, pois histórica, ideológica e economicamente está destinado, através do trabalho precoce e desqualificado, à reprodução da situação de exclusão vivida pelos pobres no Brasil desde a Colônia (FALEIROS, E. T. S., 2011, p. 222, grifo da autora).

Com o número crescente de crianças abandonadas nas ruas, as câmaras municipais se encontravam com dificuldades para “cuidar” destas crianças, gerando “preocupação” por parte das autoridades, o sistema de rodas foi adotado no Brasil. Mesmo com o sistema de rodas implantado, “[...], a quase totalidade destes pequenos expostos nem chegavam à idade adulta. A mortalidade dos expostos, [...] sempre foi a mais elevada de todos os segmentos sociais do Brasil, em todos os tempos [...]” (MARCILIO, 2016, p. 71), visto que algumas destas crianças chegavam doentes e outras prestes a morrer, elevando assim a taxa de mortalidade nestes locais.

As rodas de caráter caritativo adotavam um viés religioso e eram ligadas à Igreja Católica, nas quais após as crianças serem deixadas nestes locais, seu batismo era providenciado logo em seguida. Algumas rodas (casos raros) funcionavam em sistema de asilo para os abandonados, onde as crianças eram entregues a famílias ou amas de leite para que os “criassem” até os 3, 7 ou 12 anos, recebendo uma subvenção.

Após esta idade algumas crianças continuavam nas famílias, outras nas Santas Casas em sistema asilar e posteriormente se tornarem cidadãos de bem. Os meninos eram inseridos como aprendizes e as meninas ensinadas a tornarem-se donas de casa ou empregadas domésticas; outras crianças eram entregues às ruas, pois não tinham como serem abrigadas.

Juntamente com as rodas começam a surgir no Brasil instituições de atendimento à infância, e “Após a independência, em 1822, verificam-se significativas mudanças na assistência às crianças expostas, órfãs e pobres, com a ampliação e diversificação de instituições de atendimento a esta população.” (FALEIROS, E. T. S., 2011, p. 220).

O Código Criminal de 1830 (Lei de 16 de dezembro de 1830) foi considerado um avanço em relação à punição de crianças, que antes eram julgadas sem distinção dos adultos. A partir do Código de 1830 os menores de quatorze anos que tiverem cometido crimes deveriam ser recolhidos para as casas de correção pelo tempo que o juiz determinasse, não excedendo a idade de dezessete anos.

Em 1889, com a queda da monarquia, foi Proclamada a República do Brasil em 15 de novembro de 1889, assumindo a presidência do Brasil o Marechal Manoel Deodoro da Fonseca. Em 1890 o Marechal promulga o novo Código Criminal, criticado posteriormente, e considerado um retrocesso em relação a criminalidade infantil, não buscando soluções e acabando por rebaixar de 14 para 09 anos a idade penal, no qual a criança seria julgada de acordo com seu discernimento sobre o ato que cometeu.

Segundo Irene Rizzini (2011, p. 117):

O novo Código Penal brasileiro foi promulgado em outubro de 1890 e veio a constituir o principal marco jurídico dos primeiros tempos da República. Uma crítica posteriormente feita ao Código será justamente a pressa com

que foi elaborado, sem que se tivesse a oportunidade de discutir as questões relevantes para o país.

No que se refere aos dispositivos relativos à infância, o comentário procede.

No regime republicano à assistência a infância seguia no sentido de manter a ordem, ajustar os fora de controle e recuperação dos “menores desviados”, adotando o sistema das colônias correccionais, de caráter repressivo. Em 1923 o código criminal de 1890 é revogado pelo Decreto nº 16.272, de 20 de dezembro de 1923 (BRASIL, 1923), promulgado pelo presidente Artur da Silva Bernardes, onde a idade mínima para a criança responder criminalmente passa a ser de 14 anos.

Neste período começa a surgir (e agora com mais nitidez) a preocupação com a mortalidade infantil e adoecimento de crianças, em âmbito público e privado

Na arte de cultivar as crianças, o higienismo médico se colocou como o melhor aliado do Estado e a ele pode ser creditado, em grande parte, o surgimento do sentimento de infância no Brasil. A criança surge como futuro do homem e da pátria devendo sua autonomia ser desenvolvida (ARANTES, 2011, p. 187).

Com este sentimento por parte da medicina surgem as primeiras iniciativas com os cuidados relativos à primeira infância, juntamente com a puericultura; o trabalho feminino é regularizado e os filhos de trabalhadoras passam a ter direito a creche e períodos de amamentação, incentivando o aleitamento materno. Em 1922 no período de 27/08 a 05/09 é realizado no Rio de Janeiro o Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção a Infância, durante as comemorações do centenário da independência.

Em 1923 foi criado no Rio de Janeiro o Primeiro Juizado de Menores, em que Mello Mattos foi o primeiro juiz de menores. Segundo Irma Rizzini (2011, p. 251)

O Juízo de Menores inaugurou uma política sistemática de internação em estabelecimentos criados ou reformados para atender a população específica dos menores material ou moralmente abandonados, e / ou delinquentes. No entanto, a estrutura organizada para receber esta clientela apresentava, desde seus primórdios, problemas, que o excesso de demanda só veio aumentar. A demanda de internações era fomentada pelo próprio Juízo [...].

No período de 1923 a 1927 foram promulgadas leis e decretos em relação à assistência a infância e os “menores delinquentes”.

Em 1927 foi Promulgado o Código de Menores, por meio do Decreto nº 17.943-A (BRASIL, 1927), de 12 de outubro de 1927, consolidando as leis de assistência e proteção aos menores, “[...] incorpora tanto a visão higienista de proteção do meio e do indivíduo, como a visão jurídica repressiva e moralista.” (FALEIROS, V.P., 2011, p. 47), com a doutrina do direito penal do menor.

O Código tinha como foco o menor em situação irregular, visando resolver este problema e assim manter a ordem. Com o novo código, se a autoridade suspeitasse que o “menor” se encontrava em atitude suspeita, poderia levá-lo preso mesmo não se encontrando em

flagrante; também foi regulamentado o trabalho infantil, que passou a ser proibido ao menor de 12 anos, colocou fim a roda dos expostos e também fixou a idade penal em 18 anos. Um dos fatos que contribuíram para o presidente Washington Luís assinar o código com a idade de 18 anos para serem responsáveis criminalmente foi o caso do menino Bernardino em 1926:

O caso que levou o país a estabelecer a idade mínima, por exemplo, ocorreu em 1926. É a história de um menino de 12 anos que trabalhava como engraxate. Ao terminar de polir os sapatos de um sujeito, levou o calote. Enquanto o cliente se afastava, ele jogou tinta na roupa do caloteiro.

A polícia foi chamada e levou o menino Bernardino direto para a cadeia. Lá, ele conviveu com aproximadamente 20 presos adultos. Foi violentado, apanhou e, depois de sair da prisão, acabou no hospital. Os médicos que o atenderam, revoltados, contaram tudo ao Jornal do Brasil.

No ano seguinte, em parte por causa do impacto dessa notícia, o então presidente Washington Luiz assinou o Código de Menores, estabelecendo a distinção entre os que podiam ser punidos como adultos – os maiores de 18 anos (GALINDO, 2015).

Em 1930 inicia-se na história do Brasil o período conhecido como a Era Vargas; por meio de um golpe de estado apoiado pelos militares, Getúlio Vargas assume a presidência do Brasil. Durante o governo de Getúlio, nas décadas de 30 e 40 iniciam as iniciativas de proteção à maternidade, infância e adolescência, em que família e criança tornaram-se alvo das ações do governo.

Um dos primeiros atos do governo de Vargas foi a criação em 1930 do Ministério da Educação e Saúde. Inicialmente interligados, este ministério desenvolvia ações no âmbito da saúde da criança. No ano de 1940 o Código penal é editado, com a imputabilidade penal definida aos 18 anos. Em 1943 são consolidadas as Leis Trabalhistas, proibindo o trabalho de menores de 14 anos – com exceção das instituições beneficentes e de ensino (FALEIROS, V.P., 2011).

Conforme Rizzini e Celestino (2016, p. 235):

No início da década de 1940, no governo ditatorial de Getúlio Vargas, destacam-se iniciativas que começam a diferenciar ações de proteção e assistência voltadas para o menor e para a criança. Os serviços, antes mais isolados e locais, de responsabilidade do Juizado de Menores, ampliam seu escopo sob a gestão de órgãos federais.

Assim é criado por meio do Decreto-lei nº 3.799 de 5 de novembro de 1941 (BRASIL, 1941) o Serviço de Assistência a Menores (SAM), órgão vinculado ao Ministério da Justiça com sentido de correção, orientação, reclusão e repressão dos “menores” abandonados ou infratores.

O SAM foi extinto em 1964 (após o golpe militar); durante o período de funcionamento era possível observar que antes de tudo a questão era manter a ordem e ajustar os “desajustados”; inclusive foi motivo de muitas críticas por parte da sociedade, que o chamava de escola do crime, imprensa e governo. Em algumas unidades correcionais era possível observar a superlotação, falta de higiene e precárias condições de prestar assistência aos abrigados.

No governo Vargas também foi criado o Departamento Nacional da Criança (DNCr) por meio do Decreto-lei nº 2024 de 17 de fevereiro de 1940 (BRASIL, 1940). De caráter higienista, o DNCr associava serviços médicos e assistência privada para proteger a família e a criança, prevenindo o abandono de crianças. Mais tarde associa-se com a Legião Brasileira de Assistência (LBA)², devido à falta de recursos.

Em 1964 os militares assumem o poder e instaura-se o período da ditadura militar no Brasil, iniciando uma nova fase em relação à infância. Neste mesmo ano é extinto o SAM e criada por meio da Lei nº 4.513 de 01 de dezembro de 1964 (BRASIL, 1964), a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), que funcionou por 26 anos, sendo extinta em 1990.

Neste contexto repressivo e do Regime Militar, a FUNABEM, que se propunha a “assegurar prioridades aos programas que visem a integração do menor na comunidade, através da assistência na própria família e da colocação familiar em seus lares substitutos, a apoiar instituições que se aproximem da vida familiar, respeitar o atendimento de cada região”, acaba se moldando à tecnocracia e ao autoritarismo. Em primeiro lugar, buscando se configurar como um meio de controle social, em nome da segurança nacional, [...], e, em segundo lugar, adotando um modelo tecnocrático que predomina sobre as iniciativas que buscavam se adequar aos objetivos iniciais. (FALEIROS, V. P., 2011, p.65).

A FUNABEM surgiu na transição da repressão para a assistência à infância, mas com foco na internação dos infratores, carentes e abandonados. Amplamente divulgada pelo governo a fim de tratar o problema do “menor” carente, possibilitando a este formação profissional; chamando a atenção das famílias pobres, que internavam seus filhos na busca de receberem educação profissional e melhores cuidados. Na mesma linha da FUNABEM, foi implantado a Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM) em que os estados passariam a gerir e executar a política de atendimento no âmbito de sua esfera de governo.³

O governo militar passou a intervir na questão do “menor”, pois enxergava no seio da questão social a infância abandonada, sendo então objeto de intervenção do governo. Vogel (2011) destaca que neste período a questão social começa a se evidenciar no Brasil e o processo de urbanização se expande em grade escala.

No Brasil da segunda metade dos anos 1960, a existência de uma “questão social” havia se tornado incontestável e incontornável. [...].

As mudanças sociais, em ritmo acelerado, impulsionavam um avassalador processo de urbanização. O êxodo rural, responsável por essa “urbanização prematura”, estimulava um fluxo constante de pessoas que, a título

2 A Legião Brasileira de Assistência (LBA) foi criada pelo governo em 1942, pela então primeira-dama Darcy Vargas.

3 Sugerimos o filme: “O contador de histórias” (O CONTADOR..., 2009), do diretor Luiz Villaça. Lançado em 2009, o filme conta a história de um garoto que foi levado pela mãe para a FEBEM na esperança do filho ter melhores condições de vida e carreira profissional, de acordo com as propagandas realizadas na mídia da época.

individual ou como unidades familiares, deixavam seus locais de origem, para povoar as periferias das cidades, em busca dos padrões de vida entecidos pelo modelo de “desenvolvimento com segurança nacional” (VOGEL, 2011, p. 291, grifo do autor)

Com o êxodo rural e o crescimento das cidades, a taxa de pobreza começa a aumentar, visto que o mercado de trabalho não consegue absorver o enorme contingente de mão-de-obra, e com isso a “marginalização” também aumenta. Esta era atribuída às pessoas sem renda, os desassistidos pelo governo e sociedade, processo este que começa a refletir nas crianças e adolescentes do meio, tornando-se o fato um problema da família e conseqüentemente do estado, cabendo a intervenção por parte deste (VOGEL, 2011). Assim, para as famílias pobres a FUNABEM passa a ser um local em que seus filhos tornariam gente.

Com a FUNABEM em funcionamento o problema do “menor” ainda persiste, levando a Câmara dos Deputados a criar a “CPI do Menor” em 1975 para investigar a situação do “menor” no Brasil, que apontou a situação preocupante da marginalização infantil; bem como, a necessidade de medidas para prevenção e recuperação dos menores infratores, sugerindo por último a atualização do Código de Menores.

Em 1979 o código de menores de 1927 é revisto e por meio da Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979 (BRASIL, 1979) é instituído o Código de Menores de 1979, com a doutrina do menor em situação irregular. O arbítrio, assistência e repressão aos menores continuam mantidas e o estado pode intervir no âmbito familiar por meio dos juízes.

Nas décadas de 1980 e 1990 se inicia no Brasil um período de transformações sociais; surgem com mais força os movimentos sociais, a luta pela democracia, e principalmente em relação à política de atendimento à criança e adolescente.

A partir da década de 1980, verifica-se a presença de vários fatores que possibilitaram o questionamento das práticas de institucionalização inscritas nas políticas sociais públicas dirigidas a crianças e adolescentes pobres no país.

[...].

Na década de 1990, período de grande efervescência e esperança, diante do novo cenário político, significativas mudanças tornaram-se possíveis. Entre elas, destacam-se: velhos paradigmas, calcados nas concepções de “menor desvalido, abandonado, delinqüente, carente e em situação irregular”, que acompanharam as duas versões do Código de Menores, darão lugar ao paradigma de proteção integral [...]. (RIZZINI; CELESTINO, 2016, p. 244, grifo dos autores).

No ano de 1983 é fundada a Pastoral da Criança, ligada a igreja católica, organismo da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), com objetivo de promover o desenvolvimento integral da criança. Já em 1985 é fundado o Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua (MNNNR), visando garantir os direitos da criança e adolescente, com atenção aos que viviam nas ruas. No ano de 1986 é criada a Frente de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes e a Comissão Nacional Criança e Constituinte. Estes organismos

se consolidaram em um forte apoio na luta pelos direitos de crianças e adolescentes no Brasil e convencendo os constituintes que se reuniriam mais tarde para a discussão dos direitos.

Em 1987 ocorre a reunião da assembleia constituinte, em que um grupo de trabalho se reúne para discutir os direitos de crianças e adolescentes, que tem como resultado o artigo 227 da Constituição Federal de 1988, conhecida como a “Constituição Cidadã”.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 2016 p. 68).

Este artigo serviu de base para a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que foi promulgado no dia 13 de julho de 1990, pela Lei nº 8.069 (BRASIL, 2015), com a doutrina de proteção integral, considerado uma grande conquista em relação aos direitos da criança e adolescente brasileiro. Em 21 de novembro de 1990 o presidente Fernando Collor promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança no Brasil por meio do Decreto nº 99.710 (BRASIL, 1990).

Com a promulgação do ECA a criança (assim como o adolescente) passa a ser vista como sujeito de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento, sendo dever agora da família, sociedade e Estado garantir que a criança goze de seus direitos e tenha seu desenvolvimento integral.

O Estatuto, ao mesmo tempo em que marcou uma mudança de mentalidade no que se refere ao reconhecimento e promoção de direitos de crianças e adolescentes brasileiros, indicava a necessidade premente de reformas no que tange à estruturação, gestão e execução de políticas públicas destinadas a este grupo. (RIZZINI; CELESTINO 2016, p. 245).

O Estatuto traz novas instituições para defesa e atendimento de crianças e adolescentes, como os Conselhos Tutelares, Os Conselhos de Direitos e os Fundos, e também descentraliza a política criando os conselhos a nível estadual e municipal; e a articulação do sistema de garantia de direitos.

Entretanto, mesmo com o ECA sendo uma lei que deve ser cumprida, sabemos que muitas vezes ele ainda fica no papel e não é colocado em prática integralmente, pois muitas crianças ainda não são reconhecidas como sujeitos de direitos.

[...] o seu não cumprimento revela o quanto a sociedade brasileira não rompeu com a cultura menorista, autoritária, centralizadora, patriarcal-machista-patrimonialista. O reconhecimento da criança como sujeito de direitos exige, efetivamente, intensa *mudança cultural*. (FUZIWARA, 2013, p. 538, grifo do autor).

As crianças brasileiras ainda vivem na informalidade – a criança que vive nas ruas, as vítimas de violência, as taxas de mortalidade infantil – longe dos olhos das políticas públicas, a mercê de uma violência cotidiana. Apesar de toda legislação existente estamos muito longe de ter a criança reconhecida em sua totalidade como pessoa em desenvolvimento, sujeito de direitos e que precisa de cuidados especiais, sem estar como vítima nas estatísticas de violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

32 anos. Este é o tempo que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) está em vigor! Considerado uma importante conquista em relação aos direitos de crianças e adolescentes no Brasil, em julho de 2022 o Estatuto completou os 32 anos.

Diante do exposto no decorrer deste artigo, podemos observar as contradições existentes em relação a legislação de proteção à infância que foram incorporadas no país ao longo dos anos, antes de chegarmos ao ECA. A proteção era destinada às crianças de famílias ricas, crianças pobres e carentes eram consideradas um problema para a sociedade, um empecilho para a manutenção da ordem. A então criança problema era destinado a punição, controle e correção.

Crianças e suas famílias eram responsabilizadas pela situação em que se encontravam, o que acontece muitas vezes ainda hoje, visto que vivemos em uma sociedade capitalista e preconceituosa.

O Estatuto é uma legislação que reconhece a criança em sua totalidade, que precisa de cuidado, proteção e direitos que sejam realmente efetivados, livre de toda e qualquer situação de risco e violações.

Mesmo com o ECA em vigor, muitas crianças ainda se encontram em situações de riscos, expostas a violência, fome, abandono, com direitos violados, como podemos observar todos os dias em notícias veiculadas na mídia e estatísticas divulgadas.

Ainda temos um longo caminho a percorrer para que todas as lutas expressas no ECA em relação aos direitos da criança seja realmente colocado em prática. Precisamos, voltar nosso olhar para a realidade de milhares de crianças que estão sendo expostas as mais cruéis violações de direitos, com sua infância roubada.

A luta é diária, cotidiana, agora e sempre!

REFERÊNCIAS

ARANTES, Esther Maria de Magalhães. Rostos de crianças no Brasil. In: RIZZINI, Irene; PILOTTO, Francisco. (Org.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Secretaria de Editoração e Publicações, 2016.

BRASIL. Decreto nº 16.272, de 20 de dezembro de 1923. Da assistência e proteção aos menores abandonados e delinquentes. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, 21 dez. 1923. Seção 1. p. 32391. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-16272-20-dezembro-1923-517646-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, 31 dez. 1927. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/d17943a.htm. Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Decreto-lei nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o País. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, 23 fev. 1940. Seção 1. p. 3125. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decllei/1940-1949/decreto-lei-2024-17-fevereiro-1940-411934-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Decreto-lei nº 3.799, de 5 de novembro de 1941. Transforma o Instituto Sete de Setembro em Serviço de Assistência a Menores e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, 11 nov. 1941. Seção 1. p. 21338. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decllei/1940-1949/decreto-lei-3799-5-novembro-1941-413971-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Lei nº 4.513, de 01 de dezembro de 1964. Autoriza o Poder Executivo a criar a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, a ela incorporado o patrimônio e as atribuições do Serviço de Assistência a Menores, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 dez. 1964. Seção 1. p. 11081. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4513-1-dezembro-1964-377645-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. Institui o Código de Menores. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 out. 1979. Seção 1. p. 14945. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6697-10-outubro-1979-365840-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 27 jan. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da presidência da República, 2015.

BRASIL. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 nov. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm. Acesso em: 25 jan. 2017.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. Brasília, DF, 2011.

FALEIROS, Eva Teresinha Silveira. A criança e o adolescente. Objetos sem valor no Brasil Colônia e no Império. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. (Org.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

FALEIROS, Vicente de Paula. Infância e processo político no Brasil. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. (Org.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

FUZIWARA, Áurea Satomi. Lutas Sociais e Direitos Humanos da criança e do adolescente: uma necessária articulação. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 115, p. 527-543, jul./set. 2013.

GALINDO, Rogerio Waldrigues. Estupro de menino de 12 anos na cadeia levou Brasil a estabelecer maioria aos 18. **Gazeta do Povo**, Curitiba, 9 jul. 2015. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/blogs/caixa-zero/estupro-de-menino-de-12-anos-na-cadeia-levou-brasil-e-estabelecer-maioridade-aos-18/>. Acesso em: 3 dez. 2016.

MARCILIO, Maria Luiza. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil: 1726-1950. In: FREITAS, Marcos Cezar de. (Org.). **História social da infância no Brasil**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

O CONTADOR de histórias. Direção de Luiz Villaça. Produção de Denise Fraga; Francisco Ramalho Jr. Roteiro de Mauricio Arruda ET AL. Brasil: Ramalho Filmes. Warner Bros, 2009. 1 DVD (100min), son., color.

RIZZINI, Irene. Crianças e menores – do Pátrio Poder ao Pátrio dever. Um histórico da legislação para a infância no Brasil. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. (Org.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RIZZINI, Irma. Meninos desvalidos e menores transviados: a trajetória da assistência pública até a Era Vargas. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. (Org.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RIZZINI, Irene.; CELESTINO, Sabrina. A cultura da institucionalização e a intensificação das práticas de confinamento de crianças e adolescentes sob a égide da Funabem. In: FREITAS, M. C. (Org.). **História social da infância no Brasil**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

VOGEL, Arno. Do Estado ao Estatuto. Propostas e vicissitudes da política de atendimento à infância e adolescência no Brasil contemporâneo. In: RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. (Org.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.



SERVIÇO SOCIAL E EDUCAÇÃO: DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA

Rita Mozetti
Maria Cristina Piana
Adriana Santos da Silva

INTRODUÇÃO

Durante os anos de 2020 e 2021, o mundo vivenciou desafios específicos da pandemia COVID-19, o que levou crianças e famílias a uma desestruturação social, financeira e emocional de grandes proporções. Todo esse contexto prejudicou e ainda prejudica as crianças em seu desenvolvimento educacional, afinal, entendemos que não existem seres fragmentados, que apresentam apenas demandas intelectuais para o aprendizado. Cada pessoa que chega à escola, traz consigo uma história de vida, traumas, conhecimentos prévios de determinados assuntos, vivências, perdas e enfrentamentos, ainda que seja muito jovem.

Antes mesmo da pandemia, a escola como instituição, já estava seguindo uma direção oposta à simples transmissão de conteúdos. A escola é um espaço de convivência, que contempla a formação em diferentes âmbitos da vida do ser humano, entre eles o socioemocional, físico, cultural e cognitivo. A Base Nacional Comum Curricular norteia o conceito de integralidade do desenvolvimento quando,

Reconhece, assim, que a Educação Básica deve visar à formação e ao desenvolvimento humano global, o que implica compreender a complexidade e a não linearidade desse desenvolvimento, rompendo com visões reducionistas que privilegiam ou a dimensão intelectual (cognitiva) ou a dimensão afetiva. Significa, ainda, assumir uma visão plural, singular e integral da criança, do adolescente, do jovem e do adulto – considerando-os como sujeitos de aprendizagem – e promover uma educação voltada ao seu acolhimento, reconhecimento e desenvolvimento pleno, nas suas singularidades e diversidades. Além disso, a escola, como espaço de aprendizagem e de democracia inclusiva, deve se fortalecer na prática coercitiva de não discriminação, não preconceito e respeito às diferenças e diversidades (BRASIL, 2017, p.14).

A escola deve, portanto, ter o apoio de profissionais que atendam às demandas específicas, bem como formação continuada e projetos integrativos que auxiliem o professor na intenção de acolher a criança, considerando todo o seu contexto. Assim, avistam-se possibilidades de transformação social, por meio de mediações mais assertivas e o mais abrangentes possível.

A Lei 13.935/2019 determina que: “As redes públicas de educação básica contarão com serviços de psicologia e de serviço social para atender às necessidades e prioridades definidas pelas políticas de educação”, sendo, portanto o momento de aproximar as ações educacionais da intencionalidade educativa integral, por meio da inter-relação das diferentes frentes de trabalho nas escolas.

1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO NA ATUALIDADE

O projeto educacional vigente em nosso país adota a Base Nacional Comum Curricular como documento norteador dos currículos e programas implantados por todo o território nacional.

A concepção aplicada ao documento é a de uma educação integralizada, que alcance as diferentes dimensões humanas. A necessidade de entender e acionar mecanismos para atender às demandas da atualidade levaram educadores e autoridades a pensar sobre a formação do sujeito como protagonista de seu processo educacional, considerando seu contexto geral.

Vygotsky compreende que o meio social influencia os processos de aprendizagem da criança, afirmando:

Desde os primeiros dias do desenvolvimento da criança, suas atividades adquirem um significado próprio num sistema de comportamento social e, sendo dirigidas a objetivos definidos, são refratadas através do prisma do ambiente da criança. O caminho do objeto até a criança e desta até o objeto passa através de outra pessoa. Essa estrutura humana complexa é o produto de um processo de desenvolvimento profundamente enraizado nas ligações entre história individual e história social (VYGOTSKY, 1989, p. 33).

Portanto, a Educação não é vista como algo fragmentado, unilateral, onde o aluno é espectador e receptor de conceitos consolidados.

É possível encontrar as bases dessa concepção nas contribuições de Paulo Freire, quando critica a educação tradicional, que nomeia como educação bancária. O aluno é mais que um depósito de informações ou saberes, ele é agente transformador de seu meio, por isso deve ter presença no diálogo educacional. O educador é o mediador do diálogo, instigador e incentivador do processo,

O educador democrático não pode negar-se o dever de, na sua prática docente, reforçar a capacidade crítica do educando, sua curiosidade, sua insubmissão. Uma de suas tarefas primordiais é trabalhar com os educandos a

rigorosidade metódica com que devem se “aproximar” dos objetos cognoscíveis. E esta rigorosidade metódica não tem nada que ver com o discurso “bancário” meramente transferidor do perfil do objeto ou do conteúdo. É exatamente neste sentido que ensinar não se esgota no “tratamento” do objeto ou do conteúdo, superficialmente feito, mas se alonga à produção das condições em que aprender criticamente é possível (FREIRE, 1996, p.14).

A Educação, nesse sentido, é uma ferramenta para que o educador proporcione ao educando, mais do que conteúdos pré-estabelecidos rigidamente, possibilidades de um diálogo construtivo, de forma que os saberes possam permear os diversos campos da vida individual e em sociedade.

Considerando a Educação como um processo dinâmico, por estar contextualizada num momento de constantes mudanças, o desafio é garantir qualidade e equidade num mundo tão complexo. Como afirma Morin:

Necessitamos de que se cristalize e enraíze um paradigma que permita o conhecimento complexo. [...] o problema cognitivo é de importância antropológica, política, social e histórica. Para que haja um progresso de base no século XXI, os homens e mulheres não podem mais ser brinquedos inconscientes não só de suas ideias, mas das próprias mentiras. O dever principal da educação é de armar cada um para o combate vital para a lucidez (MORIN, 2011, p. 33).

Diante da realidade apresentada na reflexão do autor sobre a Educação para o século XXI, entende-se que o desafio é educar para a consciência e o desenvolvimento de ferramentas, para as vivências da realidade, não apenas no presente, mas também no futuro.

2 DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA

Quando se pensa em educação integral, o ditado africano que diz “para educar uma criança, é preciso uma aldeia inteira”, é extremamente pertinente, afinal, não há seres fragmentados ou isolados. É necessário mobilizar saberes diversos, habilidades específicas, que se complementam, para que o desenvolvimento da criança se dê de forma global, através da combinação de vários elementos. De acordo com o Centro de Referências em Educação Integral (CREI),

A educação integral é uma concepção que compreende que a educação deve garantir o desenvolvimento dos sujeitos em todas as suas dimensões – intelectual, física, emocional, social e cultural – e se constituir como projeto coletivo, compartilhado por crianças, jovens, famílias, educadores, gestores e comunidades locais (CENTRO DE REFERÊNCIAS EM EDUCAÇÃO INTEGRAL – CREI, 2021),

Por muito tempo, a escola foi considerada como local do desenvolvimento apenas cognitivo. Atualmente, gestores e profissionais da Educação percebem que não é possível aprender quando não se tem as necessidades básicas atendidas. Muitos problemas considerados como dificuldade de aprendizagem podem estar relacionados a outros campos, onde, em alguns casos, os professores conseguem resolver, quando já apresentam uma visão ampla das necessidades da criança ou dominam a questão apresentada, e em outros casos, os profissionais de áreas diferentes podem ajudar o professor ou mesmo, atuar diretamente.

O objetivo da Educação está atrelado, portanto, às questões sociais e socioemocionais. A Base Nacional Comum Curricular é o documento normativo, organizado em Competências gerais e específicas para a Educação Básica, visando a formação integral da criança. Na Educação Infantil, indica os direitos de aprendizagem e os campos de experiência por meio dos quais a criança se desenvolve de acordo com a faixa etária. No Ensino Fundamental, há uma divisão de áreas de conhecimento, nas quais encontram-se as habilidades que espera-se que os alunos desenvolvam ao longo da escolarização. Entre suas dez Competências Gerais, a BNCC apresenta importantes referências às questões socioemocionais, entre elas, destacam-se:

- Competência 8: Conhecer-se, apreciar-se e cuidar de sua saúde física e emocional, compreendendo-se na diversidade humana e reconhecendo suas emoções e as dos outros, com autocrítica e capacidade para lidar com elas.
- Competência 9: Exercitar a empatia, o diálogo, a resolução de conflitos e a cooperação, fazendo-se respeitar e promovendo o respeito ao outro e aos direitos humanos, com acolhimento e valorização da diversidade de indivíduos e de grupos sociais, seus saberes, identidades, culturas e potencialidades, sem preconceitos de qualquer natureza.
- Competência 10: Agir pessoal e coletivamente com autonomia, responsabilidade, flexibilidade, resiliência e determinação, tomando decisões com base em princípios éticos, democráticos, inclusivos, sustentáveis e solidários (BRASIL, 2017, p.10).

A partir dessas competências, observa-se que a Educação não se restringe aos conteúdos escolares, afinal, não é possível desenvolver uma competência partindo apenas de habilidades específicas das áreas ou disciplinas. É preciso ampliar o olhar para as questões mais abrangentes, que transcendem e, às vezes, se sobrepõem à Educação formal.

Há mais de duas décadas estudam-se temas relacionados à educação socioemocional. Um grupo de pesquisadores dos Estados Unidos iniciou, em 1994, uma série de pesquisas sobre a influência dos aspectos socioemocionais na aprendizagem, criando o CASEL,

Uma organização sem fins lucrativos, formada por uma equipe pioneira de pesquisadores, que há mais de duas décadas se dedicam a avaliação do impacto das Habilidades Socioemocionais ao longo do ciclo vital, bem como auxiliam no desenvolvimento e na disseminação de programas de desenvolvimento de Habilidades Socioemocionais que apresentem comprovada eficácia (DAMÁSIO, 2018, p. 2043).

Assim, observou-se que aspectos como autocontrole, autoconhecimento, empatia, decisões responsáveis e comportamentos prossociais são domínios a serem trabalhados nas

intervenções e apresentam resultados significativos, atendendo às necessidades e apoiando-os por meio de projetos ou programas educacionais.

As competências propostas pela BNCC apresentam a culminância de um processo que se inicia na Educação Infantil e se leva para a vida, abrangendo os conhecimentos ou saberes, as habilidades, a utilização do aprendizado e dos valores internalizados a partir de experiências escolares.

Educar na integralidade pressupõe o conceito de educação emancipadora, que permeia as ações necessárias para que o indivíduo apresente um pleno desenvolvimento. “A educação tem sentido unicamente como educação dirigida a uma auto-reflexão crítica” (ADORNO, 1995, p.121)

Paulo Freire ressalta a função libertadora da Educação:

[...] a educação libertadora, problematizadora, já não pode ser o ato de depositar, ou de narrar, ou de transferir, ou de transmitir “conhecimentos” e valores aos educandos, meros pacientes, à maneira da educação “bancária”, mas um ato cognoscente [...] (FREIRE, 1987, p. 68).

Assim, a criança não deve ser vista como um ser que simplesmente não sabe e precisa aprender aquilo que está disponível para ele na escola. Há todo um contexto no qual a criança está inserida, além da educação familiar, das dificuldades financeiras e das desestruturas sofridas por uma população com pouco acesso aos serviços básicos (alimentação saudável, moradia digna, entre outros), a agravante situação pandêmica, que trouxe consequências socioemocionais aos meninos e meninas. Muitos estão apresentando medo de permanecerem na escola, sentindo-se sozinhos e com dificuldade de estabelecer relações fora do ambiente familiar.

O impacto causado pela pandemia na vida das crianças foi comentado na audiência pública da Comissão Externa sobre Políticas para a Primeira Infância. Pedro Hartung afirma que,

Decisões políticas tomadas durante a pandemia tiveram forte impacto sobre as crianças. Como exemplo, ele citou que, no País, houve dez vezes mais mortes de bebês por Covid-19 do que nos Estados Unidos. Também ressaltou as mais de 12 mil crianças brasileiras que ficaram órfãs por causa da pandemia (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2021).

Aumento do desemprego, insegurança alimentar, violência doméstica, decréscimo na renda familiar, interrupção nos serviços da educação infantil, adiamento de tratamentos de saúde e fechamento das escolas são alguns exemplos de fatores que aumentaram os prejuízos às crianças no que se refere ao seu desenvolvimento saudável e pleno durante a pandemia. Todas essas demandas estão sendo levadas para as escolas e a Educação escolar integralizada e humanizadora é uma das principais vias de acesso a elas. Sobre Educação Humanizadora, Arroyo refere-se a Paulo Freire, afirmando:

Para Paulo Freire, o caráter renovador da Educação está no caráter intrinsecamente renovado de toda relação humana, entre humanos. Formamo-nos no diálogo, na interação com outros humanos, não nos formamos na relação com o conhecimento (ARROYO, 2001, p.47).

Para que esse processo educacional aconteça, mais do que a organização de sistemas de ensino de conteúdos, as interações sociais e a afetividade são fundamentais. Como afirma Wallon:

O eu e o outro constituem-se, então, simultaneamente, a partir de um processo gradual de diferenciação, oposição e complementaridade recíproca. Compreendidos como um par antagonônico, complementam-se pela própria oposição. De fato, o Outro faz-se atribuir tanta realidade íntima pela consciência como o Eu, e o Eu não parece comportar menos aparências externas que o Outro (WALLON, 1975, p.159).

Assim, a Educação é um processo relacional, no qual objeto ou conteúdo, meio, ambiente, espaço, tempo e relações fundem-se possibilitando o desenvolvimento integral do indivíduo.

Considerar a Educação como ferramenta para a transformação social é intervir na formação do indivíduo integralmente, de maneira que ele atue em sua própria vida e na vida comunitária como agente e protagonista do processo, envolvido por todas as áreas que o definem como cidadão, ciente de seu papel em uma sociedade democrática. Como definição de protagonismo, Costa afirma que,

O protagonismo juvenil parte do pressuposto de que o que os adolescentes pensam, dizem e fazem pode transcender os limites do seu entorno pessoal e familiar e influir no curso dos acontecimentos da vida comunitária e social mais ampla. Em outras palavras, o protagonismo juvenil é uma forma de reconhecer que a participação dos adolescentes pode gerar mudanças decisivas na realidade social, ambiental, cultural e política onde estão inseridos. Nesse sentido, participar para o adolescente é envolver-se em processos de discussão, decisão, desenho e execução de ações, visando, através do seu envolvimento na solução de problemas reais, desenvolver o seu potencial criativo e a sua força transformadora. Assim, o protagonismo juvenil, tanto como um direito, é um dever dos adolescentes (COSTA,1996, p.65).

Diante disso, percebe-se que o educando que inicia seu processo educacional na perspectiva do protagonismo, provavelmente chegará à idade adulta empoderado de seu papel como cidadão, sabendo lidar com questões do cotidiano por meio das competências desenvolvidas ao longo de sua escolaridade. Daí a importância de se desenvolver de modo integral ao longo de todo o percurso escolar.

3 O SERVIÇO SOCIAL NA ESCOLA NA CONTEMPORANEIDADE

A instituição escolar funciona, no contexto atual, como um espaço de acolhimento às vulnerabilidades da criança, ampliando as possibilidades de cuidado e compromisso com as demandas trazidas pela comunidade escolar e que geralmente refletem a situação que envolve as famílias.

O Serviço Social apresenta-se como uma ampliação do olhar educador para a assistência, no sentido de realizar prevenções ou encaminhamentos que promovam o bem-estar e o desenvolvimento integral da criança. De acordo com Piana:

Busca-se hoje um redimensionamento da atuação do Serviço Social na educação, visando a partir das diversas experiências de atuação profissional, extrapolar o ambiente escolar, ampliando a concepção que se tem de educação hoje, do processo pedagógico em geral, do ensino-aprendizagem, da figura da escola e da articulação da educação com as demais políticas sociais. O Assistente Social deve propor uma ação coletiva interdisciplinar com outros profissionais do ensino, com os familiares dos alunos e com a comunidade em geral (PIANA. 2008, p.21).

A intervenção do assistente social na escola, portanto, está muito mais relacionada ao contexto que envolve o aluno, para que ele apresente as condições necessárias para o desenvolvimento do processo educacional.

Para isso, faz-se necessário o trabalho que une diferentes áreas, com o objetivo de desenvolver estratégias coletivas para o atendimento individualizado ou coletivo, de acordo com as necessidades apresentadas no âmbito escolar. Algumas questões não se limitam às disciplinas escolares, mas envolvem temas que carecem de flexibilização do próprio currículo, demonstrando a pluralidade e a diversidade como realidades do cenário educacional atualmente.

A possibilidade dessa atuação conjunta e interdisciplinar está pautada na concepção do Serviço Social que inclui a função pedagógica da participação, conforme afirmam Abreu e Cardoso:

A função pedagógica desempenhada pelo assistente social inscreve a prática profissional no campo das atividades educativas formadoras da cultura, ou seja, atividades formadoras de um modo de pensar, sentir e agir, também entendido como sociabilidade (ABREU; CARDOSO, 2000, p.1).

O desafio que se coloca diante do profissional do Serviço Social é o de considerar o desenvolvimento da criança dentro de um contexto e mediar a relação entre família e escola, orientando professores e outros profissionais da escola em seu trabalho, já que algumas especificidades fogem às possibilidades de resolução de problemas por parte dos profissionais da Educação. O perfil desse profissional deve estar de acordo com a necessidade escolar, de acordo com Yamamoto, ele precisa:

[...] desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo (IAMAMOTO, 2009, p. 20).

Assim, o trabalho na área educacional requer sensibilidade, crítica, reflexão, organização, proatividade e uma comunicação adequada para lidar com os mais jovens. Então o profissional do Serviço Social, apresentará propostas que previnem e auxiliam nas questões que envolvem famílias e comunidade, além da própria criança.

Piana considera o caráter vantajoso da atuação do assistente social na área educacional:

pode-se conceber como um avanço o trabalho dos assistentes sociais nessa área, visto como possibilidade de reflexão da ampliação do conceito de educação hoje, das instituições de ensino que recebem desde a criança até a terceira idade para os ensinamentos convencionais e obrigatórios, das possibilidades de desenvolvimento de programas e ações educacionais relacionados às mudanças da sociedade ampliando a temática da educação escolarizada como: discussões sobre a cidadania, a ética, o trabalho, a sexualidade, as drogas, a violência, o lazer, a adolescência (PIANA, 2008, p.144).

Consequentemente, há um ganho por parte dos educadores, com a ampliação da visão social e socioemocional do educando, de forma que seja possível entender o desenvolvimento global e finalmente, atingir os objetivos pensados inicialmente para a educação formal da criança.

As políticas educacionais estão, geralmente, atreladas aos temas do Serviço Social e se consolidam através da escola. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) expressa no Art. 3º:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – ECA, 1990).

É no cotidiano escolar que geralmente os profissionais da educação detectam situações de vulnerabilidade vivenciadas pelas crianças nas famílias e nas ruas. São essas questões que dificultam o desenvolvimento integral do indivíduo, portanto, o assistente social promove e vincula ações para minimizar ou sanar os impasses percebidos na escola, inclusive de forma preventiva, a fim de que sejam assegurados, de fato, os direitos da criança e do adolescente.

Iamamoto afirma:

Os assistentes sociais ao realizarem suas ações profissionais, seja ao nível das Secretarias de Governo, dos bairros, das instâncias de organização e mobilização da população, das organizações não governamentais (ONGs), exercem a função de um educador político; um educador comprometido com uma política democrática (IAMAMOTO, 2012, p.79).

Assim, faz-se propício um projeto de desenvolvimento que inclua a escola e o Serviço Social, por meio de ações conjuntas de acolhimento, prevenção, orientação e encaminhamentos em benefício da integralidade formativa da criança.

4 O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO ESCOLAR NO MUNICÍPIO DE FRANCA, SÃO PAULO

Tendo em vista a necessidade legal e prática de unir Educação e Serviço Social, a rede municipal de ensino de Franca, São Paulo, realizou em julho de 2022, a contratação de equipe interdisciplinar, contando com psicólogos e assistentes sociais para o trabalho conjunto na Secretaria Municipal de Educação.

No dia quatro de agosto de 2022, houve uma reunião de apresentação dos profissionais do Serviço Social e da Psicologia que farão parte do quadro de funcionários da Secretaria Municipal da Educação. A reunião aconteceu no auditório da Secretaria Municipal de Educação e teve a presença do prefeito da cidade, bem como de representantes das secretarias de Ação Social, Saúde e Educação. Na ocasião, foram apresentados os organogramas das principais ações de cada secretaria.

O modelo de atuação dos Assistentes Sociais na Educação, delimitado a princípio, envolve a criação de uma comissão interdisciplinar, reuniões quinzenais na Secretaria com a comissão interdisciplinar, a elaboração de um plano de ação e a organização de um cronograma de atendimento às escolas.

Inicialmente, serão atendidas trinta e cinco escolas, divididas em oito blocos, e em cada bloco, atuará um dos oito profissionais recém-contratados.

As funções do profissional do Serviço Social nas escolas será de organização de um plano de trabalho que presuma orientação de grupos específicos, entrevistas com crianças e familiares, palestras, visitas, supervisão e quando necessário, encaminhamentos para outros profissionais, como os da Saúde, por exemplo. A intenção é defender práticas que considerem a realidade brasileira e a diversidade, por meio de projetos coletivos e interdisciplinares.

A Base Nacional Comum Curricular apresenta um trabalho para a Educação Infantil baseado nos seis direitos de aprendizagem, sendo eles: Conviver, Brincar, Participar, Explorar, Expressar e Conhecer-se. Além disso, as crianças da Educação Infantil aprendem por meio de Campos de Experiências, definidos como: O eu, o outro e o nós; Corpo, gestos e movimentos; Traços, sons, cores e formas; Escuta, fala, pensamento e imaginação; Espaço, tempo, quantidades, relações e transformações. Os profissionais terão a oportunidade de trabalhar interdisciplinarmente, contribuindo com os espaços e tempos de aprendizagem.

Quanto ao Ensino Fundamental, é possível atrelar o trabalho ao componente curricular Projeto para a Vida, contribuindo e orientando os professores de acordo com os temas propostos. Além disso, as vivências preventivas podem ser realizadas coletivamente ou em grupos, com informações em murais, incentivo ao protagonismo, fortalecimento de grêmios e realização de assembleias. Percebe-se que o essencial é acolher os alunos em suas dificuldades, promovendo a proteção social, defendendo direitos e intervindo na violência estrutural, assim definida por Galtung:

Nós nos referiremos ao tipo de violência onde há um agente que comete a violência como violência pessoal ou direta, e a violência onde não há tal ator como violência estrutural ou indireta. Em ambos os casos indivíduos podem ser mortos ou mutilados, atingidos ou machucados em ambos os sentidos dessas palavras, e manipulados por meios de estratégias de cenoura e porrete. Mas, enquanto no primeiro caso essas consequências podem ter sua origem traçada de volta até pessoas e agentes concretos, no segundo caso isso não é mais significativo. Talvez não haja nenhuma pessoa que diretamente cause dano a outra na estrutura. A violência é embutida na estrutura e aparece como desigualdade de poder e consequentemente como chances desiguais de vida (GALTUNG, 1969, p. 171).

Observa-se esse tipo de violência, sem sujeito definido, mas que impõe condições muitas vezes severas de agressões ou privações, entre crianças e adolescentes atendidos pela escola pública.

De acordo com as funções do assistente social, os horários para atendimentos e formação de grupos serão agendados no contraturno das aulas.

O profissional do Serviço Social pautará seu trabalho em conhecer as demandas, as rotinas das escolas, os desafios, as potencialidades; contribuir para a construção coletiva, gerando empoderamento e autonomia; e atuar interdisciplinarmente para uma educação integral, pautada na equidade, prezando pelas relações democráticas e éticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que o contexto educacional pós-pandêmico exige dos profissionais da Educação um olhar específico e direcionado para a individualidade da criança. Muitas das consequências da pandemia convergem para questões socioemocionais que muitas vezes afetam o processo educacional.

Considerando os direitos da criança, é necessário que a escola ofereça uma equipe interdisciplinar, que atue conforme as necessidades apresentadas. Assim, a presença e atuação de uma equipe integrada também por profissionais da área de Serviço Social, agrega possibilidades de ações mais assertivas e pontuais no que se refere às dificuldades demonstradas pelos estudantes. As famílias dos estudantes são peças fundamentais e estão diretamente envolvidas nesse processo.

A educação integral e transformadora pretende não apenas ajustar o ser humano ao seu meio social, mas também oferecer subsídios para uma construção autêntica do indivíduo como protagonista em suas ações na sociedade.

Assim, considerar a inter-relação de diferentes áreas do conhecimento agrega um valor elevado à Educação escolar, recuperando ou redirecionando o estudante, de forma que ele consiga lidar com seus medos, dificuldades, que entenda quais são seus direitos e que aprenda a se defender da violência estrutural presente em todos os âmbitos da sociedade.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Marina Maciel e CARDOSO, Franci Gomes. Mobilização social e práticas educativas - <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/zD3ifq80Dt7Az49Q4j7x.pdf>
<https://lunetas.com.br/educacao-integral/>
- ADORNO, T.W. Educação e Emancipação. In: ADORNO, T.W. Educação e Emancipação. Tradução de Wolfgang Leo Maar. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995
- ARROYO, M. Currículo e a Pedagogia de Paulo Freire. In. Caderno Pedagógico 2: Semana Pedagógica Paulo Freire. Porto Alegre: Corag, 2001
http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_-versaofinal_site.pdf
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Pandemia prejudicou desenvolvimento das crianças, alertam especialistas.2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/817768-pandemia-prejudicou-desenvolvimento-das-criancas-alertam-especialistas/>. Acesso em: 10. Ago, 2022.
- BRASIL. Lei nº 13.935, de 11 de dezembro de 2019. Dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de serviço social nas redes públicas de educação básica. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13935.htm. Acesso em: 10. Ago, 2022.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 10. Ago, 2022.
- COSTA, Antonio Carlos Gomes da. Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática. Salvador, Fundação Odebrecht, 2000.
- DAMÁSIO, Bruno Figueiredo. Mensurando Habilidades Socioemocionais de Crianças e Adolescentes: Desenvolvimento e Validação de uma Bateria (Nota Técnica). Trends in Psychology / Temas em Psicologia – Dezembro 2017, Vol. 25, nº 4.
- FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa / Paulo Freire. – São Paulo: Paz e Terra, 1996. – (Coleção Leitura).
- GALTUNG, J. Violence, peace, and peace research. Journal of Peace Research, n. 6, v. 3, p. 167-191, 1969.
- IAMAMOTO, M.V. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 23.Ed. São Paulo: Cortez, 2012.
- INSTITUTO AYRTON SENNA. Competências socioemocionais durante o Coronavírus. São Paulo, 2022. Disponível em: https://institutoayrtonsenna.org.br/o-que-defendemos/competencias-socioemocionais-estudantes/?gclid=CjwKCAjw4P6oBhBsEiwAKYVvkq34s5a81JbJR-FR0etxsrlXbIciHIgeGsyj0F55GIYm6S3bIgsvFNfHoC7u8QAvD_BwE. Acesso em: 16 ago. 2022;
- MORIN, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2011.
- PIANA, Maria Cristina. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional. Franca, SP: UNESP, 2008, 235 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2008.
- VYGOTSKY, L. S. Pensamento e linguagem. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- WALLON, Henry (1973/1975). A psicologia genética. Trad. Ana Ra. In. Psicologia e educação da infância. Lisboa: Estampa (coletânea).



POLÍTICA DE SAÚDE EM SUAS DIMENSÕES DE GESTÃO/ ORÇAMENTO E O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL

Carla Agda Gonçalves
Danúbia de Brito Rodrigues Silva
Josiani Julião Alves de Oliveira
Pâmela Migliorini Claudino da Silva

INTRODUÇÃO

Considera-se relevante a discussão sobre a política de saúde brasileira, posto que é possível apreender movimentos de retrocessos, mas também de muitos avanços, advindos de lutas e mobilizações no seu interior. Ressalta-se, em seu marco fundante, que a dimensão do controle democrático tem sua gênese o recorte temporal da década de 1980 com destaque para as lutas advindas do Movimento de Reforma Sanitária, desencadeando uma série de lutas que culminou com a garantia da saúde como direito expresso no artigo 196 da Constituição Federal proclamada em 1988.

Conquanto as contradições expressas na sociedade de *ethos* burguês impõe-se a estes avanços retrocessos permeados pela ofensiva neoliberal – que ataca veementemente as políticas públicas com tendências à privatização, focalização e terceirização, impactando a dimensão da gestão e do orçamento – que na saúde se destaca pelo subfinanciamento – recaindo em contraposições aos direitos sociais.

Tais direcionamentos perpassam toda a década de 1990, bem como as décadas iniciais do século XXI, tendo recentemente seu gargalo apertado com a aprovação da Emenda Constitucional n° 95/2016 que, congela, por um período de 20 anos, os gastos públicos, com impactos diretos nas políticas públicas, principalmente, as de saúde, de assistência social e de educação.

Desta forma, esse artigo visa analisar a política de saúde em suas dimensões da gestão, orçamento/financiamento e controle democrático. E, ainda, trazer alguns elementos do trabalho do assistente social na política de saúde.

Do ponto de vista metodológico, esse capítulo abrange a pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. A pesquisa bibliográfica foi sustentada pelo aporte teórico obtido em artigos, livros, dissertações e teses, dentre outros.

No que tange a pesquisa documental, foram utilizados leis, decretos, a Constituição Federal e documentos de domínio público disponibilizados em sites do Ministério da Saúde, entre outros.

Assim, o presente artigo traz uma breve contextualização da política de saúde no seu processo de desenvolvimento e na atual conjuntura, apresentando-a como um direito universal, demonstrando seus mecanismos de gestão, de orçamento/financiamento e do controle democrático, em seus fundamentos legais e suas tendências contemporâneas. Ademais, esses direcionamentos recaem, sobretudo na população usuária do SUS, com reflexos diretos nos trabalhadores desta política, dentre eles/as os/as assistentes sociais – motivo que, neste artigo, optou-se por trazer alguns apontamentos sobre o trabalho profissional dos/das assistentes sociais na área da saúde e suas contribuições para a gestão desta política em seus diferentes espaços sócio ocupacionais.

1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

No final do século XX, no Brasil, ocorreram mudanças significativas por meio da industrialização e do processo de urbanização, que ocasionaram a agudização das expressões da questão social, consequência esta, segundo Yamamoto (1999), do processo de produção e reprodução da vida social na sociedade capitalista, da totalidade histórica concreta, resultante da exploração do capital sobre o trabalho.

O processo de “desenvolvimento” do país periférico, ante às condições econômicas mundialmente estabelecidas, engendrou inerentemente transformações no mundo social. Com esse desenvolvimento, ocorreu um intenso empobrecimento da população, dessa maneira a classe trabalhadora se movimentou em busca de direitos e de reconhecimento como classe.

Nesse cenário de conflitos entre as classes burguesa e trabalhadora, emergiram diferentes formas de luta, de resistência e de conquista das políticas sociais, como um controle e resposta do Estado às expressões da questão social (BEHRING; ROSSETTI, 2006). No Brasil, a “política social diferencia-se nas diversas conjunturas e momentos históricos e em suas particularidades” (SILVA, 2013, p. 81).

A atual conjuntura brasileira, demarcada pela ofensiva neoliberal, evidencia o desmonte das políticas sociais em sua face mais perversa, qual seja, a privatização, a terceirização e a precarização do trabalho. O Estado, por sua vez, passa a reduzir, restringir e, até mesmo, a desmontar os direitos sociais conquistados, situação que implica na configuração da política social com tendência à focalização, privatização e descentralização que se efetiva como

sinônimo de prefeiturização, em um processo de desresponsabilização, cada vez maior, das esferas estadual e federal.

Dentre as políticas sociais, tem-se a política de saúde, que compõe o tripé da Seguridade Social, incluindo, também, as políticas de assistência social e a de previdência social, contudo o enfoque deste artigo será na de saúde.

Como evidenciado, o Movimento de Reforma Sanitária é um marco fundamental na constituição da política de saúde como direito ao cidadão, surgindo como forma de resistência ao modelo de saúde construído até a segunda metade do século XX. Foi um movimento social e político que teve como pauta de lutas a compreensão de saúde enquanto uma das expressões da democracia. Este teve como objetivos centrais a democratização e a universalização da saúde, a melhoria das condições de vida da população, bem como o controle social, a exigência de responsabilização dos entes federativos pela efetivação da política de saúde como direito de Estado, entre outros (MIRANDA, 2018).

Ainda de acordo com esta autora, este Movimento foi constituído por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde, subseqüentemente outros segmentos da sociedade aderiram a ele.

Destaca-se que o pano de fundo da luta pela defesa de uma política de saúde para todos teve seu marco na compreensão de saúde ampliada, advinda das proposições da Organização Mundial de Saúde (OMS). E, mesmo com todas as contradições que estão no bojo do avanço da concepção de saúde como ausência de doença¹, expressam avanços no âmbito da realidade mundial.

Esses direcionamentos para a área da saúde, que fundamentaram o Movimento de Reforma Sanitária, foram defendidos na Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, no Cazaquistão, e que se configurou como a primeira conferência internacional voltada aos cuidados primários de saúde. Ela resultou na adoção da Declaração de Alma-Ata, confirmando a definição de saúde como um direito humano fundamental, reiterando os apontamentos da OMS de 1948 de que a saúde era considerada como a composição de bem-estar físico, mental e social, excluindo a hipótese da ausência de doenças apenas (ALMA-ATA, 1978).

Assim, durante as décadas de 1970 e 1980, mesmo diante de um contexto com tantas adversidades, o Movimento de Reforma Sanitária reiterou esse debate em suas bandeiras de luta – o da saúde para todos; conquanto as bandeiras de luta deste Movimento ultrapassaram a defesa de saúde como direito de todos e dever de Estado.

Destaca-se que, entre os anos 1980 e 1985, o cenário brasileiro apresentava os resultados trazidos do período anterior, de um governo ditatorial, de censura, do aumento do débito público, do endividamento externo, do desequilíbrio fiscal, que ocasionou uma diferença entre o volume gasto pelo governo na área social e o volume de arrecadação dos recursos, desencadeando, assim, crescentes mobilizações e reivindicações sociais pela “democratização da sociedade e pelo atendimento do agravamento da questão social” (COUTO, 2008, p. 134).

1 Há autores demarcando que, mesmo havendo avanços da compreensão de saúde advinda das proposições da OMS (1948), que rompeu a interpretação de saúde como ausência de doença, trazendo uma dimensão mais ampliada, estas proposições ainda se fazem no bojo da sociedade capitalista, isto é, sem pressupor uma mudança neste modo de produção, e com ela, recaindo na saúde sobre o viés do processo de produção. Maiores informações ver Paim (2008); Gonçalves; Gonçalves (2022).

Ressalta, ainda, que a área da saúde sofria os gargalos de um viés pragmático e funcional à lógica do capital, com ações direcionadas pela relação capital e trabalho. Segundo Paim (2008, p. 75), a assimetria dos serviços assevera “[...] uma medicina de baixa densidade de capital e grande extensão social precariamente organizada, e um componente de alta densidade de capital e com pequeno alcance social, mas voltado para um padrão internacional”.

Esse sufocamento imputado à política de saúde é evidenciado por Gonçalves e Gonçalves (2022, p.88) em que

[...] as ações na área da saúde produziam seu próprio adocimento; no movimento dialético, contaminava todos os espaços de sociabilidade, gerando uma ferida crônica diante da necessidade e da utilidade “dos doentes”. Os sinais mais gritantes expressavam serviços precários na saúde pública, tendo como respostas medidas gerencialistas no enfrentamento da chamada “crise”, cuja resposta aferida desencadeava afecção societária pelo viés do aumento exponencial das iniciativas privadas, separando nitidamente a população que teria acesso ao atendimento de saúde com qualidade.

Desta forma, denota-se que a própria lógica a que a política estava condicionada imprimia requisições de lutas e enfrentamentos protagonizados pelo Movimento de Reforma Sanitária. E mesmo sob o panorama de avanços no que tange ao tensionamento desencadeado pelo Movimento de Reforma Sanitária (alavancado pelo Projeto de Reforma Sanitária), ainda demarcava – no início dos anos 1980 – retrocessos materializados em expressões de continuidade com as ações conservadoras chanceladas pelo Estado.

Desta forma, o início desta mesma década, caminhou sem grandes mudanças em relação às décadas anteriores, continuando com a dicotomização do serviço. O Ministério da Saúde responsabilizava-se pelas campanhas de saúde e a Previdência Social pela assistência médica através de critérios celetistas, ou seja, apenas os trabalhadores com carteira assinada tinham direito à assistência médica, porém de caráter mais pontual.

Como resultado destas ações paliativas, o aumento da crise na saúde deixou o sistema cada vez mais insatisfatório e asfíxiado, provocando um contexto epidêmico. O Movimento de Reforma Sanitária apresentou, então, um projeto de política de saúde inovador à realidade brasileira, exigindo uma nova forma de relação entre Estado e sociedade civil (GONÇALVES, 2006).

Como explicitado, nas decorrências desta sutura, vieram à tona participações de novos sujeitos sociais no debate sobre as condições de vida da sociedade brasileira e dos projetos governamentais apresentados para o setor. A saúde deixa de ser apenas interesse dos técnicos passando a ter uma extensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Em relação aos protagonistas que entraram em ação, Bravo (2006) destaca

Os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o Movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra-propostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates

no Congresso para discussão da política do setor e os Movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2006, p.95).

Vale ressaltar que uma das expressões deste protagonismo, em 1980, ganhou concretude com a 7ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), tendo como proposta a inserção de um Programa Nacional de serviços básicos de saúde, com a principal meta de expansão da cobertura dos serviços para a sociedade, na perspectiva da ampliação da saúde para todos, “A partir do respeito ao compromisso político firmado internacionalmente em 1978 com a Alma Ata” (GONÇALVES, 2006, p. 30).

Outro destaque significativo no campo da saúde foi à realização, em 1984, do V Seminário a respeito da Política Nacional de Saúde, que pautou algumas indagações, objetivando proporcionar ao governo de transição embasamento sobre a Política de Saúde (COUTO, 2008).

Estas ações ocorriam no bojo da conjuntura em que o Brasil vivenciava a luta pela democracia, a partir do Movimento “Diretas Já”, contribuindo com um processo de reorganização política com orientação pautada na democracia (COUTO, 2008).

Este contexto contribuiu, sobremaneira, para a emergência dos movimentos sociais, culminando com a 8ª CNS no ano de 1986, em Brasília, que teve como eixos centrais: “I A Saúde como direito inerente a personalidade e a cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial” (BRAVO, 2006, p. 96).

Nesta conferência, houve o entendimento em torno da nova lógica que permeou a definição de saúde, com incorporações ao direito de cidadania e a responsabilização do Estado pelo financiamento desta política, recaindo na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Marsiglia (1993) aponta que

O Movimento Sanitário encaminhou a elaboração de um projeto para a área, que se denominou (*projeto de*) Reforma Sanitária, buscando definir ao nível do Legislativo as normas legais a serem inseridas na Nova Constituição Federal para garantir a efetivação das reformas (grifos das autoras) (MARSIGLIA, 1993, p.27).

De acordo com Paim (2008), os eixos apresentados na 8ª Conferência, ao serem posteriormente analisados, criaram uma estratégia política e alguns regimentos para ação na conjuntura, proporcionando fundamentos científicos, técnicos e teóricos. Houve, assim, uma conquista da democracia, possibilitando uma atenção melhor da opinião pública e a movimentação e sistematização da sociedade na defesa dos seus direitos. A compreensão do direito à saúde seria transmitida gradativamente para a sociedade, que passou a cobrar efetividade e o melhoramento dos serviços a serem oferecidos. “Dessa forma, estava lançado o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, legitimado na 8ª CNS e formalizado, posteriormente na Assembleia constituinte” (PAIM, 2008, p. 94).

Sendo assim, foram obtidas grandes conquistas na área da saúde, com a unificação do sistema de saúde. Essa unificação adveio, sobretudo, das pressões dos movimentos sociais da década de 1980, decorrendo na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), processo embrionário que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir dos anos de 1990 – sinalizados na próxima seção.

1.2. A Política de Saúde e seus mecanismos de gestão, de orçamento/financiamento e de controle social

Na década de 1980, as mobilizações populares e a participação de diversos setores da sociedade civil no requerimento por direitos sociais, realizado por meio das políticas sociais, culminaram na promulgação da Constituição Federal de 1988, vista por muitos como a Constituição Cidadã, que definiu direitos à sociedade, obrigações ao Estado e evidenciou a participação popular como uma das maneiras de concretização desses direitos (GONÇALVES, 2006).

Com a Constituição Federal algumas propostas do Movimento de Reforma Sanitária foram realizadas visando à saúde como um direito, conforme o seu artigo 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, BRASIL).

A regulamentação da Política de Saúde brasileira imprimiu uma diferente concepção de saúde para além da dimensão biológica, incluindo determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais que implicavam nas condições de vida da população, com enfoque nas ações preventivas e curativas garantidas pelo Estado, responsável pelo atendimento das necessidades básicas da sociedade. O artigo 3º da Lei 8.080/1990 assinala que

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990a).

Um avanço significativo foi o estabelecimento da participação popular na gestão do sistema de saúde, nascendo, assim, uma nova compreensão de saúde, deixando de ser focada na ausência de doenças e passando a ser vista e pensada como qualidade de vida.

De acordo com Filho e Gurgel (2016), a Constituição Federal do Brasil também traz a preocupação com a participação social, desde os seus princípios fundamentais, em que a cidadania é o segundo princípio imediatamente seguinte à soberania, sendo o fundamento básico de qualquer Estado.

Ainda segundo esses autores, a saúde, a educação, a assistência social e o meio ambiente são setores que possuem conselhos gestores, tendo leis próprias que regulamentam o seu funcionamento e organização. Além destes, também existem outros conselhos como: conselho

dos direitos da criança e do adolescente, conselho dos direitos da mulher, conselho do idoso, conferências municipais e outros espaços com ações periódicas ou contínuas que possibilitam a participação e o controle social. Portanto, no Brasil, existe uma legislação constitucional e infraconstitucional que incentiva a gestão pública e democrática. Neste sentido,

A finalidade da gestão democrática deve ser buscada a partir de uma planificação estratégica, consideradas as condições objetivas (realidade dada) e subjetivas (ação humana) que incidem sobre a organização. O planejamento a ser elaborado por uma gestão democrática deve ter como objetivo estratégico a orientação imediata do fortalecimento da espinha dorsal burocrática e expansão dos mecanismos de participação das classes subalternas nos níveis de decisão e controle das organizações, com o objetivo de transformar as condições de vida nas esferas civil, política e social das classes subalternas, visando contribuir com a superação da ordem do capital (grifos dos autores) (FILHO; GURGEL, 2016, p. 212).

O SUS preconiza a descentralização articulada e a participação da comunidade no controle democrático, no sentido de reformulação dos serviços de saúde e o envolvimento da população nas decisões e fiscalização das práticas de saúde por meio dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Os Conselhos são espaços públicos, em que se torna possível a participação popular, no que tange à discussão, fiscalização e acompanhamento das ações, programas, bem como a distribuição de recursos. Destaca-se, ainda, que os mesmos, são compostos de forma paritária, ou seja, 50% de usuários, 25% de trabalhadores, 12,5% de gestores e 12,5% de prestadores de serviços na área da saúde e são considerados significativos instrumentos de controle democrático (BRASIL, 2006).

Dessa maneira, apreende-se, segundo Sousa (2004), que a descentralização é uma das estratégias de organização que se efetiva no âmbito municipal e representa o poder de controlar os serviços de saúde de cada região.

Vale ressaltar que as ações dos conselhos estão inseridas no bojo de toda lógica e dinâmica da saúde, uma vez que o sistema de saúde encontra-se organizado da seguinte forma – atenção primária, que consiste na prevenção e educação para saúde; atenção secundária, que consiste em serviços especializados em nível ambulatorial, compreendida como procedimentos de média complexidade², atenção terciária, equívale ao atendimento hospitalar com maior nível de complexidade dos atendimentos, com especialistas e procedimentos cirúrgicos, cujo propósito é o de recuperar e reabilitar o indivíduo para uma vida adequada e independente.

No que tange às equipes de saúde, destaca-se que são compostas por profissionais de medicina, de enfermagem, de odontologia, de psicologia, de serviço social, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de agentes comunitários de saúde, dentre outros que se encontram à disposição da população. Assim, requerem disponibilidade e interesse em apreender a realidade sócio-política, socioeconômica e cultural da população a ser atendida, assumem também a acolhida, a orientação, a democratização das informações e do atendimento das necessidades básicas de cada pessoa que procura o serviço de saúde.

2 Disponível em: <<https://gestaodesaudepublica.com.br/atencao-primaria-atencao-secundaria-atencao-tercearia/>>. Acesso em: ago de 2022.

Já no que diz respeito às competências tributárias, Salvador (2015) demarca que a Constituição federal de 1988 estabeleceu, em seu Título VI, Cap. I, que o Imposto sobre a Renda e os Proventos de Qualquer Natureza – Pessoa Física e Jurídica – (IR), o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), o Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR) e os tributos sobre as grandes fortunas, além das contribuições sociais para a Seguridade Social, são de competência federal. Já o Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), o Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCD) e o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) são de competência estadual. O Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) e o Imposto de Transmissão de Bens Imóveis Intervivos (ITBI) são de responsabilidade dos municípios.

O Distrito Federal tem a dupla competência de instituir impostos de caráter estadual e municipal. Uma parcela da arrecadação dos impostos federais é transferida diretamente para os estados e municípios por meio do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), que foram criados na reforma tributária de 1965/1968.

Ainda de acordo com esse mesmo autor, no Brasil, após a arrecadação realizada pelos entes da Federação, conforme as competências tributárias estabelecidas na Constituição Federal, ocorre a divisão dos recursos. Assim, a depender das políticas tributárias adotadas nas esferas da União e dos estados, os municípios podem ser fortemente atingidos na sua condição fiscal devido às perdas de potenciais recursos das transferências intergovernamentais (SALVADOR, 2015).

Ressalta-se que uma relevante fonte de financiamento das ações e serviços em saúde são as transferências oriundas do Fundo Nacional de Saúde (FNS) repassadas pelo Ministério da Saúde, de forma regular e automática aos estados e municípios, conforme regulamentado pela Lei 8.142/1990 – “Art. 3º - os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990” (BRASIL, 1990b).

Os recursos são depositados em conta específica diretamente aos municípios que devem seguir alguns requisitos para receberem o repasse. Segundo o disposto na Lei 8.080/1990, no Art. 33,

Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 1990a).

Depara-se, na saúde, com uma lógica gerencialista nos direcionamentos desta política, uma vez que se reduzem os problemas da saúde como uma questão de gestão, atribuindo ao

setor privado (ou as terceirizações) a salvação das lacunas e dos embates mais contundentes. “Isso demarca a transposição histórica de que a problemática do subfinanciamento para o desmonte da saúde [...] transplantou-se para desfinanciamento” (GONÇALVES; GONÇALVES, 2022, p. 95) – decorrendo em desmontes e ataques que foram deflagrados com a pandemia de COVID-19.

Segundo Mendes e Carnut (2020), as três décadas de existência do SUS expressaram uma combalida sustentabilidade financeira, cujas evidências desse subfinanciamento estão nos gastos do Ministério da Saúde com ações e serviços, que representaram apenas 1,7% do PIB, entre os anos de 1995 e 2019; ao passo que os gastos com a dívida pública representaram 6,6% deste PIB – demarcando o lugar que ocupa a saúde e seu orçamento na realidade brasileira.

Este debate é reforçado por Gonçalves e Gonçalves quando demarcam que

o caminho do subfinanciamento, e a sangria da artéria de financiamento ao SUS, apresenta outra infecção: o aumento da alíquota da Desvinculação das Receitas da União (DRU), cuja funcionalidade, desde 1994, é de retirar das receitas do Orçamento da Seguridade Social 20%, com possibilidade de renovação de quatro em quatro anos, de fundos ao pagamento dos juros da dívida pública. Atualmente, a alíquota se apresenta em 30% (GONÇALVES; GONÇALVES, 2022, p.96).

Esse esgarçamento nas fontes de financiamento, alicerçadas pela lógica da condução da gestão, com ações autoritárias e fascistas, proeminentes no governo de Jair Bolsonaro recaem diretamente no controle democrático. Um exemplo desta realidade é o decreto nº 9.759/2019, que estabeleceu limitações e extinguiu conselhos no âmbito da administração pública federal, reduzindo os canais para a atuação da sociedade civil organizada, cerceando as participações populares na decisão de poder.

Este percurso dado à saúde no bojo da administração pública reverte-se à população, investindo na qualidade das ações e serviços de saúde. Isso demonstra que a administração pública referencia-se a um conjunto de normas e de regras que determinam o trâmite para a aquisição de materiais, equipamentos, pagamentos de trabalhadores, contratação de convênios, entre outros.

Como evidenciado, as ações impressas à política de saúde rebatem diretamente aos/às cidadãos/ãs que recorrem ao SUS como política de direito, com serviços sucateados e pontuais, tendo como fio condutor o aligeiramento da precarização das ações construídas a partir de lutas e mobilizações que perfazem a dimensão democrática.

Outro grupo que sofre as decorrências deste processo são os trabalhadores da saúde, que lidam cotidianamente com as adversidades desta lógica gerencialista, tendo que, por vezes, reproduzi-las como forma de seletividade à população; inserido nestas contradições que se presentificam está o/a assistente social – um dos/as trabalhadores/as na área da saúde (expresso a seguir).

3. O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A GESTÃO DESTA POLÍTICA NOS DIFERENTES ESPAÇOS SÓCIO OCUPACIONAIS

O/a assistente social é o profissional que trabalha com a realidade humano-social e, a partir de uma análise crítica da realidade, consegue reconhecer a interferência de determinantes sociais na saúde de um indivíduo. Assim, cabe ao/a assistente social repensar e reformular estratégias que contemplem a criatividade e a inovação e materializem as experiências nos serviços, onde se efetiva o direito social à saúde.

A partir dos anos 1990, com a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), as mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política passaram a exigir novas formas de organização do trabalho na saúde, direcionadas pelos princípios e diretrizes do SUS, que imputaram novas definições e características, tanto ao modelo de gestão quanto aos processos de trabalho, proporcionando a composição de novas modalidades de participação, conforme abordado anteriormente.

Neste sentido, a organização do sistema de saúde passou a atender algumas reivindicações históricas do Movimento Sanitário, como a universalização, a descentralização, a integração e cooperação de controle social (COSTA, 2009).

Foi neste contexto que surgiu um conjunto de requisições expressivas para o trabalho do profissional de Serviço Social, a partir de tensões existentes entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS.

Ressalta-se que o/a assistente social que trabalha na área da saúde é reconhecido como profissional de saúde pela Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (PEREIRA, GARCIA, 2012). Deve ser reconhecido/a como profissional inserido/a na saúde, já que não é um/a trabalhador/a exclusivo/a desta área. A profissão possui dimensão constitutiva e está respaldada por pelas dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política. As autoras citam a Lei de regulamentação da profissão³, que

[...] dispõe sobre a profissão do Assistente Social através da Resolução 383/99, caracteriza-o como um profissional de saúde, embora, o artigo 2º da referida resolução, disponha que o Assistente Social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções (PEREIRA, GARCIA, 2012, p.18).

3 Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

Outro aporte legal que respalda o trabalho dos/as assistentes sociais é o seu Código de Ética, que garante os princípios fundamentais que norteiam a atuação profissional, dos quais se cita

Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;

Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;

Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;

Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;

Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;

Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (BRASIL, 1993, p. 23-24).

Consubstanciado nas referências de trabalho no âmbito da saúde, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) disponibilizou um documento, intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, resultante de um debate nacional realizado em 2010, estabelecendo alguns direcionamentos para alicerçar o exercício crítico e competente do/a assistente social, demarcando que este profissional deve

- Estar articulado e sintonizado ao Movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- Buscar a necessária atuação em equipe tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde.
- Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e o atendimento às necessidades sociais.

- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas.
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.
- Efetivar a assessoria aos Movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados.
- Os assistentes sociais estão desafiados a encarar a defesa da democracia – no cotidiano e na articulação com os outros sujeitos que partilhem destes mesmos princípios – que questiona as perspectivas neoliberais para política de saúde e as políticas sociais (CFESS, 2010, p. 30).

O documento citado reafirma o compromisso profissional com um projeto democrático, por se tratar de uma luta constante em defesa dos direitos da classe trabalhadora. Contudo, as investidas neoliberais que se intensificaram, em especial a partir dos anos 2016, momento histórico que expressou mais um “golpe contra a classe trabalhadora”, desafiando o/a assistente social a desenvolver alternativas em defesa da democracia e do acesso ao conjunto de políticas sociais e aos direitos conquistados arduamente pela classe trabalhadora e afirmados pela Constituição Federal.

Esses desafios expressam-se no fato de que, como parte da “classe-que-vive-do-trabalho” (ANTUNES, 2009), o/a assistente social também vem experienciando, nos últimos anos, os processos de precarização das condições e das relações de trabalho e de violação de direitos. Por outro lado, enquanto profissional crítico e propositivo, reúne as condições necessárias para desvendar os ditames institucionais e as contradições que permeiam as relações entre capital e trabalho nos diferentes contextos sócio ocupacionais e, então, mediar processos de intervenção que busquem garantir a efetivação do direito, na particularidade deste debate, o direito à saúde.

Neste sentido, é imprescindível que os/as assistentes sociais, de forma coletiva (com outros/as profissionais da categoria) e/ou intersetorial, estabeleçam estratégias para o enfrentamento das condições adversas impostas pela ofensiva neoliberal e para o fortalecimento de sua autonomia na gestão e no planejamento de seus processos de trabalho, principalmente em um cenário de grandes retrocessos e tamanho conservadorismo. É preciso, ainda, estabelecer formas de resistência para se reafirmar as atribuições e competências profissionais, diante da precarização das condições e das relações de trabalho travestida de novas configurações de trabalho, que exigem do/a assistente social um perfil voluntarista e tecnicista em “nome das necessidades” do indivíduo atendido e das instituições empregadoras.

O/a assistente social também possui qualificação profissional para ocupar espaços de gestão ou coordenação – de unidades de saúde, de equipes de trabalho, de projetos de intervenção, de projetos de pesquisa. Pode, a partir de seu trabalho profissional, criar mecanismos

que fomentem a participação das pessoas atendidas em espaços de decisões, seja a respeito de seu tratamento de saúde ou de algum familiar, garantindo o seu protagonismo, seja a respeito do atendimento ofertado, contribuindo para que, de forma participativa e democrática, exerçam o controle social dos serviços, visando ao aperfeiçoamento de sua gestão.

Da mesma forma, entende-se que este profissional poderá participar de comitês, grupos condutores, grupos de estudos, conselhos de saúde, comissões sobre temáticas da área de saúde relacionadas aos seus locais de atuação e contribuir, a partir de sua formação crítica e interventiva, para a criação de protocolos e fluxos de trabalho qualificados, de ações direcionadas ao aperfeiçoamento do atendimento ofertado, de ações de capacitação/formação das equipes, de articulação com outros serviços da rede socioassistencial visando à garantia dos direitos das pessoas atendidas e colaborando, também, para o fortalecimento e ampliação da democracia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo buscou trazer uma breve contextualização da política de saúde no seu processo de desenvolvimento e na atual conjuntura, apresentando-a como um direito universal, demonstrando seus mecanismos de gestão, de orçamento/financiamento e de controle democrático, bem como os desafios que lhes são colocados em um cenário de proposital aniquilamento das políticas públicas e desresponsabilização do Estado para atender aos interesses do neoliberalismo. Ademais, fez alguns apontamentos sobre o trabalho profissional dos/das assistentes sociais no campo da saúde e suas contribuições para a gestão desta política em seus diferentes espaços sócio ocupacionais.

Sabe-se que o desmonte de direitos sociais por meio da agenda e ditames neoliberais implicou no desmantelamento do conjunto das políticas sociais, em especial a partir do golpe contra a classe trabalhadora, ocorrido no ano de 2016, sob a liderança do governo ilegítimo de Michel Temer.

Considera-se que a política de saúde, foco deste artigo, configura-se como um terreno de batalhas, uma relação dialética entre Estado e sociedade, para o atendimento de interesses de determinadas classes na sociedade burguesa. O SUS é o maior patrimônio brasileiro, sabe-se, contudo, que seu enfraquecimento, difamação, precarização servem aos interesses privados, que buscam lucrar com a doença, com o sofrimento, com a falta de acesso da população aos serviços de saúde. Neste contexto, para o atendimento das necessidades sociais em contraposição às políticas neoliberais, mercadológicas, privatizantes, reafirma-se o princípio da participação popular como um instrumento valiosíssimo para o controle social e a defesa do SUS. Para tal, é preciso que haja engajamento ético-político e a socialização de informações para a população, pautados no deciframento das conjunturas política, social e econômica do Brasil que impactam no processo saúde-doença e orientados pelo compromisso com as transformações societárias.

Torna-se imperativo que a classe trabalhadora, abatida também pelas últimas ações governamentais, tenha acesso ao conhecimento dos seus direitos garantidos, conforme previsto no conjunto de leis que regulamentam a política de saúde, no que se refere a sua participação

nos espaços de gestão, de discussão e de aprovação de orçamentos/financiamentos e do controle social das ações em saúde.

Cabe, portanto, aos profissionais de saúde, em especial ao/a assistente social, reafirmar seu compromisso com a defesa intransigente dos direitos humanos, dentre eles, o acesso aos serviços de saúde como direito social e dever do Estado. Para isso, é preciso intensificar a articulação e mobilização da sociedade civil.

Reafirma-se que, a partir de sua atuação profissional, o/a assistente social pode criar mecanismos que fomentem a participação das pessoas atendidas em espaços de decisões, seja a respeito de seu tratamento de saúde garantindo, nos diferentes níveis de atenção em saúde, o seu protagonismo, seja a respeito do atendimento ofertado, colaborando para fortalecer a participação e o controle social. Da mesma forma, em seu cotidiano institucional ou em outros espaços de luta e de mobilização social poderá contribuir para o fortalecimento e defesa do SUS, junto de outras categorias profissionais e da população.

REFERÊNCIAS

ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. URSS. 6-12 de setembro, 1978.

ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009. p. 101-117.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). **Código de ética do/a assistente social**. Lei nº 8.662/1993 de regulamentação da profissão. 10. ed. (rev. e atual). Brasília, 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, 2010. 30 p. Disponível em: <[http://sites.multiweb.ufsm.br/residencia/images/Materiais/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf](http://sites.multiweb.ufsm.br/residencia/images/Materiais/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: jul. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: jul. 2022.

BRASIL. **Controle social**: conselhos municipais e controle social. Brasília/DF, 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/texdtq>> . Acesso em: ago. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: ago. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: ago. 2022.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E *et. al.* (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. (versão ampliada). p. 88-110.

- COSTA, M. D. H. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. *In*: MOTA, A. E. *et al.*(orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, 2009.
- COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2008.
- FILHO, R. S; GURGEL, C. **Gestão democrática e Serviço Social: princípios e propostas para intervenção crítica**. São Paulo: Cortez, 2016. p. 195-230.
- GONÇALVES, C. A. **Direitos à saúde: um estudo sobre as práticas dos assistentes sociais das unidades de saúde de Sorocaba – SP**. 2006. 120 f. Dissertação (mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), São Paulo, 2006.
- GONÇALVES, C. A.; GONÇALVES, G. A. Política de Saúde no Brasil: lutas, tensões, resistências e persistências. *In*: PAULA, R. F. S (org.). **Direitos Humanos em tempo de barbárie: questionar o presente para garantir o futuro**. São Paulo: Cortez, 2022.
- IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- MARSIGLIA, R. G. **Servidor, funcionário, trabalhador: interesses e culturas organizacionais no setor público de saúde**. (Tese de Doutorado) – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 1993.
- MENDES, A. N; CARNUT, L. Capital, Saúde, Crise e a Saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *Ser Social (online)*, Brasília, v. 22, n. 46, p.9-32 jan-jun., 2020.
<https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260/25136. > Acesso em: ago. 2022.
- MIRANDA, J. M. C. **Serviço Social e Saúde: a compreensão dos usuários do CAPS no município de Goiás/GO sobre o Serviço Social**, 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (monografia) – Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiás, 2018.
- PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Versão digitalizada: Kindle. 1ª reimpressão. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp, p. 73-78, ago. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/T59CdBgDQyGf3hqLpZCjyks/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: ago. 2022.
- PEREIRA, P. L.; GARCIA, V. L. Serviço Social e Saúde – processos de trabalho e gestão. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 21, n. 1, p. 125-154, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.franca.unesp.br/index.php/SSR/article/view/2439>>. Acesso em: ago. 2022.
- SALVADOR, E. **Renúncias tributárias – os impactos no financiamento das políticas sociais no Brasil**. 1 ed. Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2021/03/RENUNCIAS_TRIBUTARIAS_vELETRONICA.pdf>. Acesso em: ago. 2022.
- SILVA, N. B. Política Social: História, Perspectiva e Tendências. *In*: PAULA, R. F. S. **Gestão pública e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS): fundamentos para gestão**. São Paulo: Livros Negócios Editoriais, 2013.
- SOUSA, M. I. N. F. **O Plantão do Serviço Social nas Unidades Básicas de Saúde – UBS de Franca - reflexão dessa prática sob um novo olhar**. 2004. 78 f. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social Campus de Franca da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), São Paulo, 2004.

POLÍTICA DE SAÚDE EM ANGOLA: CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO HISTÓRICA

Orlando Clementino Mununga Chaximbe
Fernanda de Oliveira Sarreta

INTRODUÇÃO

Este artigo é fruto da pesquisa da dissertação do mestrado (CHAXIMBE, 2021), que foi possível de ser desenvolvida a partir de uma parceria estabelecida entre a Universidade Católica de Angola (UCAN) e a Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Campus de Franca - SP, fundamentada na cooperação e solidariedade para a formação no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS). A profissão está inserida nessa política pública e contribui no acesso da população aos serviços e ações, reconhece a importância da atuação multiprofissional e a importância da pesquisa nesta área, para dar conta da complexidade dos problemas de saúde.

A área da saúde de Angola é uma das prioridades do país, e a situação atual do sistema de Saúde leva o/a assistente social a questionar sobre a política de saúde e os seus desafios. É um problema relevante, visto que o utente¹ enfrenta um atendimento precário e desumanizado, pouca solidariedade, são acomodados em locais inadequados, com falta de higiene e de informação, falta de recursos humanos em vários setores. São estas situações, entre outras, que merecem a análise e reflexão à partir do conhecimento científico e a pesquisa pode contribuir para desvendar esta realidade na saúde para a humanização da atenção a saúde.

Assim, a pesquisa tem como objetivo geral:

- Analisar a política de saúde em Angola, num contexto sócio histórico caracterizado por um processo de lutas e resistências que vigoram até os dias atuais.

1 O conceito utente refere-se a usuário(a) e será adotado no texto, conforme a Política Nacional de Saúde de Angola (ANGOLA; LBSNS, 1992), e é reconhecido pelo Serviço Social Angolano.

A metodologia adota o método sócio histórico dialético para compreensão crítica da realidade social, suas contradições e conflitos. Trata-se de pesquisa qualitativa realizada a partir de coleta de dados em campo, utilizando a técnica da entrevista semi estruturada, no universo do Hospital Pediátrico Davi Bernadino de Luanda, tendo como participantes 4 (quatro) assistentes sociais que trabalham no Gabinete do Utente deste local.

O trabalho está organizado em 4 (quatro) Capítulos e o artigo está inserido no Capítulo 2 Política Nacional de Saúde de Angola – realiza uma contextualização sócio histórica do país e das condições de vida e de saúde da população, agravadas pela guerra civil no período de 1975 a 2002, que vai ter consequências em todos os aspectos da vida em sociedade; trata do Sistema Nacional de Saúde, seus princípios e diretrizes, bem como, dos avanços e desafios do setor saúde nas últimas décadas.

As reflexões acerca do tema, mostram que os resultados que não se esgotam em si mesmas, pois o Serviço Social na saúde é um processo em constante movimento, pois, ela mostra o quanto é importante a dimensão investigativa, tanto na academia quanto na área profissional, pois pesquisar é fundamental para intervir na totalidade social de modo crítico e propositivo, possibilitando mudanças reais na vida dos indivíduos e na sociedade.

Portanto, o resultado mostrou uma compreensão do conceito ampliado de Saúde, o processo de construção do Serviço social na saúde, e a sua importância para os agentes de saúde, visto que, há uma necessidade de aprofundar o conhecimento do Serviço Social e a política de saúde, lembrar que, mesmo com os desafios e barreiras, mas certamente é repleta de possibilidades.

Ainda existe muita caminhada para se chegar à excelência, mas, as bases para tal, estão lançadas, não simplesmente com este trabalho, mas, com outros já existentes e que, precisam ser divulgadas. Os resultados da pesquisa, mas uma vez vem nos lembrar, o quanto *é importante a presença de assistentes sociais no âmbito hospitalar, criando direitos e oportunidades para os utentes.*

1. CONTEXTUALIZAÇÃO SÓCIO HISTÓRICA

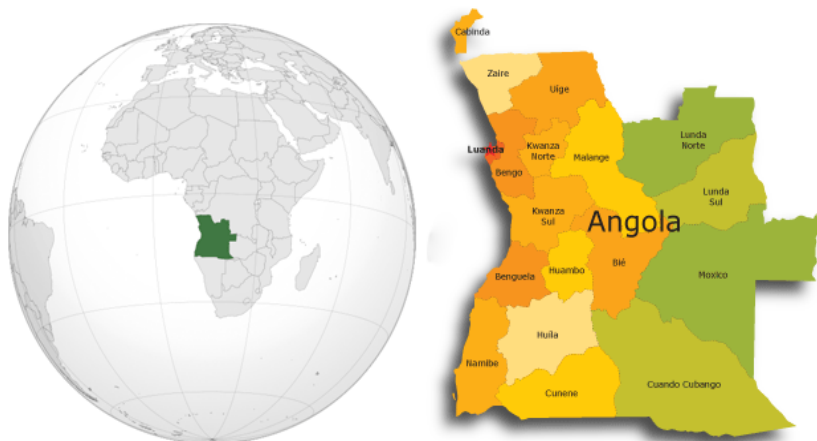
Angola é um país do continente africano de referência no âmbito político, econômico e na diplomacia internacional, fruto das conquistas alcançadas. É um país de belezas espetaculares e particulares, tanto relacionadas à natureza quanto ao povo e a sua cultura. Faz parte da zona austral do continente, com uma extensão territorial de 1.246.700 quilômetros quadrados (km²), apresenta uma densidade populacional de 20 habitantes por quilômetro quadrado e “está limitado ao Norte pela República Democrática do Congo, ao Sul com a República da Namíbia, a Leste pela República da Zâmbia e a Oeste o Oceano Atlântico [...]” (ATLAS, 1981, p. 45). E, possui uma marítima de 1.650 quilômetros, o que favorece o clima tropical, úmido e seco, e modifica-se pela latitude.

O nome Angola – Ngola tem origem no termo Ngolo, que na língua do povo Ambundo (Quimbundo) significa Força, o mesmo tem significado parecido na língua Kokongo, e foi deste termo que os portugueses depreenderam que Ngola era aquele que tinha Força, o poderoso, passando a chamar a região de “Terra do Ngola, Terra d’Angola que evoluiu para Angola” (MATTA, 1893, p. 7).

O nome ‘Angola’ tem raiz no termo ‘Ngola’ que era título de um dos potentados Ambundos que existiu no Antigo Reino do Ndongo, entre o Anzele, Ambaca e Pungo Andongo, nas atuais províncias do Bengo, Kwanza Norte, Kwanza Sul e Malanje, no período do início da expansão da influência dos portugueses sobre o Antigo Reino do Kondo por volta da segunda metade do século XVI. (MATTA, 1893, p. 47)

Angola tem 18 (dezoito) províncias, sendo a cidade de Luanda a capital do país, conforme ilustrado a seguir.

Figura 1 – Mapa de África com destaque/ Angola



Fonte: <https://cdn2.portalangop.co.ao/angola>.

Segundo Instituto Nacional de Estatística (INE), através do Censo da População e Habitação realizado em Angola em maio de 2014, publicado em março de 2016, mostra que a população residente em Angola é de 25.789.024 habitantes, deste, 12.499.041 são do sexo masculino que corresponde a 48%, e 13.289.983 são do sexo feminino, correspondendo a 52%. Os dados referenciados ilustram que a população angolana é maioritariamente formada por mulheres. Por outro lado, é importante considerar que a população angolana é maioritariamente jovem, sendo que “65% se encontram na faixa etária de 0 a 24 anos” (INE, 2016, p. 55). Com a recente atualização dos dados, tem uma estimativa de 32,870 milhões de habitantes e Luanda permanece a cidade mais populosa do país.

Por suas particularidades históricas, políticas, econômicas e sociais, o país encontra-se em um contraste típico da sociedade capitalista, com grande disparidade riqueza e pobreza, sendo a concentração de renda em uma pequena parcela de classes e a extrema pobreza na maioria das classes trabalhadoras da população angolana. Assim, verifica-se que um país não caminha se desenvolve por si só. Pelo contrário, para tornar-se sustentável e ir ao encontro dos anseios, expectativas e satisfação da população, visando o bem comum, precisa que crie condições para o atendimento das necessidades e interesses da população, por meio de políticas sociais e sistemas de acesso.

A partir de uma reflexão crítica sobre os fundamentos e os contextos que marcaram a história de Angola, do mesmo modo, a política de saúde, identifica-se que está marcada por dois períodos fundamentais. O primeiro período de 1975 a 1991, considerado como primeiro período da independência ou pós-colonial, e o segundo período marcado pela independência, que vai de 1992 até os dias atuais.

Ao analisar os contextos em que a política de saúde foi organizada, para Monteiro (2015) foram períodos de grande instabilidade no país, na medida em que o país é marcado por lutas e resistências da população, que antecederam os contextos do período pós-colonial. O autor prossegue dizendo que foram contextos marcados pela “[...] saída dos colonizadores, onde Angola precisava ser erguida, trazendo vários desafios no setor de saúde, desde a construção de infraestruturas, como a formação de quadros de recursos humanos” (MONTEIRO, 2015, p. 12); e, também “[...] pelo conflito armado, destruindo e desestabilizando todo o tecido social já construído, e sua reorganização para o processo de desenvolvimento” (2015, p. 12).

A reflexão sobre a política de saúde mostra que foram períodos marcados por lutas e resistências da população, que antecederam o período pós-colonial. Monteiro (2016) destaca que o primeiro período, de 1975 até 1991, de independência, marcou significativamente a história de Angola. Para o autor todo esse processo foi marcado como de conquistas para o povo angolano, onde a saúde era revolucionária e avançada, voltada para a formação de quadros de recursos humanos para dar respostas aos problemas de saúde daquele momento.

Quesa (2010) analisa também este período e destaca que foi caracterizado pelo alargamento da rede sanitária e pela escassez de Recursos Humanos em Saúde (RHS), segundo dados estatísticos, no período pós-independência só se encontravam no país cerca de 20 (vinte) médicos. Na ocasião, o Estado teve que recorrer à contratação de profissionais recrutados ao abrigo dos acordos de cooperação com outros países. Nesse período, vigorava o sistema político monopartidário, caracterizado por uma economia planificada e de orientação socialista.

A saúde era exclusivamente responsabilidade e tarefa do Estado, ou seja, cabia assegurar todas as necessidades relativas à saúde da população. No segundo período, de 1992 até os dias atuais, é marcado por dois elementos fundamentais, sendo a alteração da Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde e a multipartidarização, ou seja, a instalação do sistema democrático. Entretanto, a transição política foi caracterizada por uma economia de mercado e baseada no sistema capitalista.

A partir da aprovação da Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde, conhecida como Lei 21-B/92 (ANGOLA, 1992), o Estado deixa de ter exclusividade na prestação de cuidados de saúde, com a autorização do setor privado na prestação dos serviços. Foi também introduzida a noção de coparticipação dos cidadãos nos custos de saúde, mantendo o sistema tendencialmente gratuito. Num contexto político muito difícil, marcado por contrariedades políticas, pois cada partido procurava sua hegemonia e sem algum entendimento possível, parte-se por uma guerra fratricida que foi destruidora.

Segundo Quesa (2010), este período pós-independência foi marcado pelo recrudescimento do conflito armado – a guerra civil, com reformas políticas, administrativas e econômicas, teve um impacto negativo sobre o Sistema Nacional de Saúde (SNS), tais como, a destruição e redução drástica da rede sanitária, das infraestruturas hospitalares entre outras consequências. Assim, de 1975 a 2002 o país mergulhou numa guerra civil armada, impedindo a circulação de pessoas, de bens e serviços.

O acentuado êxodo rural, caracterizado pelo fluxo migratório populacional para cidade de Luanda, capital do país, com a intenção de segurança e procura de oportunidades de trabalho e melhores condições de vida, onde os serviços estavam concentrados. Isso fez com que a cidade tivesse a maior concentração da população angolana, resultando nas assimetrias regionais abismais, constatando-se que este processo se refletiu diretamente no setor da saúde.

Conforme referência da legislação:

O crescimento populacional, motivado pelo reflexo da população em larga escala às cidades, levou à sobrecarga crescente e das estruturas de assistência médico sanitário. O desajustamento entre os recursos humanos e materiais disponíveis e a pressão desse crescimento populacional traduzido pela enorme procura dos serviços, levou a deterioração da rede sanitária periférica e conseqüentemente dos serviços de última linha, ficando estes praticamente como os únicos existentes. Por outro lado, paralelamente a esta situação, não existiu investimentos adequados, quer humanos quer materiais, para a melhoria do nível de assistência médico sanitário (ANGOLA, 1992, p. 222).

A partir de 2002, quando encerra o conflito armado, o país entra num processo de reconstrução nacional, com a reposição paulatina das infraestruturas sociais, bem como, a formação de profissionais dentro e no exterior do país, para fazer face às necessidades do país. Apesar dos investimentos feitos no domínio da saúde, os indicadores publicados oficialmente estão, ainda, aquém da média dos países africanos e do mundo, conseqüências da guerra civil que vivenciou durante 27 (vinte e sete) anos. E mesmo com a paz estabelecida e efetivada em 2002, o país não conheceu muitas melhorias no setor social, especialmente, o setor da educação e da saúde.

Apenas em 2017 começou o investimento de maneira mais efetiva nas políticas sociais e públicas, com a saída do antigo presidente, que governou o país durante 40 (quarenta) anos, começou a respirar energias positivas e dar os primeiros passos para desenvolver o setor da saúde. Essa fase foi muito difícil, onde as instituições de saúde não tinham capacidade de dar respostas nas situações que a população precisava para minimizar os problemas.

Com este déficit no sistema de saúde, os utentes foram obrigados a se deslocar para outros países, que naturalmente tinham os seus sistemas de saúde mais preparados, equipados e com qualidade na atenção para atender as suas necessidades. Na esfera da saúde os desafios são expressivos, como exemplo, a malária ocupa o lugar alarmante como a primeira causa de morte no país, ainda que com todos os investimentos alcançados nas últimas décadas.

Outras situações prioritárias estão na agenda do governo, entretanto, regista-se o fraco saneamento básico, o baixo acesso à água potável, a escassez de recursos humanos especializados, baixa cobertura sanitária. Doenças como a tuberculose e a AIDS são prioridades para ações e focos de erradicação. Todos estes problemas de saúde fazem com que o Estado angolano e a sociedade civil busquem sinergias para a mitigação dos mesmos.

Para isso, a necessidade de formação de recursos humanos é uma das prioridades traçadas, para assumirem suas responsabilidades de acordo as estratégias lançadas num espaço voltado para a interdisciplinaridade e intersetorialidade, frente às demandas e problemas de saúde da população.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Angola, garantido pela Lei de Base de 1992, conforme o Artigo 23 caracteriza-se por:

- a) Ser universal quanto à população abrangida;
- b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- c) Ser tendencialmente gratuita para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outro acesso aos cuidados;
- e) Ter gestão descentralizada e participativa. (ANGOLA, 1992, p. 12).

Nessa perspectiva, pode-se dizer que a saúde universal é um direito de cidadania de todas as pessoas, e cabe ao Estado angolano assegurar este direito. O acesso às ações e serviços deve ser garantido, independentemente de sexo, raça, opção religiosa, grupo étnico, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. A partir do que está assegurado, o princípio integral considera as pessoas em sua totalidade, devendo atender todas as suas necessidades.

Para isso é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação, portanto, é um princípio que considera todas as necessidades de indivíduos, grupos e comunidades. Ainda, visa a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas, que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

Em relação a ser tendencialmente gratuita, esta orientação tem a intenção de inclusão de todo e qualquer cidadão no acesso aos serviços de saúde públicos, independentemente da sua condição económica. No entanto, pode comprometer o acesso a serviços e ações de saúde que não estejam disponíveis na rede pública, portanto, trata-se de um SNS onde o Estado subvenciona os serviços não de forma exclusiva.

Em relação à equidade, o propósito deste princípio é diminuir desigualdades, uma vez que apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, vivem situações desiguais e têm necessidades distintas. Portanto, a equidade significa reconhecer as desigualdades sociais e as necessidades de saúde, destinando maior investimento onde a carência é maior. No entanto, é um grande desafio a efetivação deste princípio na garantia de recursos financeiros e programas específicos para grupos populacionais.

Sobretudo, o SNS prevê a gestão descentralizada e participativa para o acesso aos serviços devendo estar próximos e acessíveis aos cidadãos, por intermédio da participação dos utentes, facilitando à mobilidade geográfica, o acesso, a identificação de necessidades e prioridades, permitindo o acesso à assistência à saúde imediata.

A hierarquização da assistência à saúde, organizada pelo SNS cumpre uma linha de atendimento a que se designa evacuação dos pacientes por etapas, daí hierarquizou o atendimento a partir da seguinte organização:

- O nível primário de atenção à saúde, responsável pelos cuidados em Postos ou Centros de Saúde, Hospitais Municipais, Postos de Enfermagem e Consultórios Médicos, e constituem o primeiro ponto de contato da população com o Sistema;

- O nível secundário ou intermediário, representado pelos Hospitais Gerais e é o nível de referência para as unidades de primeiro nível e,
- O nível terciário, representado pelos Hospitais de Referência mono ou polivalentes, diferenciados e especializados, é referência para as unidades sanitárias do nível secundário. Em relação aos princípios legalmente estabelecidos e organização do atendimento, a realidade apresenta um quadro lamentável e preocupante, pois o SNS em termos de assistência é bastante deficiente.

As unidades de saúde apresentam um quadro precário, desde o nível primário até as unidades secundárias e serviços de apoio, o que faz com que a população tenha que recorrer ao nível terciário e especializado, comprometendo o fluxo de atendimento, devido à falta de condições de assistência aos níveis subsequentes. Para o atendimento das necessidades e assistência à saúde dos angolanos, a política nacional de saúde integra os três seguintes setores, ou seja, o setor público, o setor privado e o setor da medicina tradicional.

O setor público inclui o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os serviços de saúde das Forças Armadas Angolanas (FAA) e do Ministério do Interior (MINT), bem como, de empresas públicas, tais como Sociedade Nacional de Combustíveis de Angola (SONANGOL) e Empresa Nacional de Diamantes de Angola (ENDIAMA).

Esse setor permanece como o principal prestador no nível nacional, e partilha de muitas dificuldades resultando na prestação do atendimento sem a qualidade desejada na maioria dos casos.

Isto ocorre porque mesmo com a coparticipação dos cidadãos nos custos de saúde, o sistema público oferece um atendimento deficiente e precisa de melhorias em todos os aspetos. Desse modo, entra em contradição com os princípios estabelecidos, em especial, da universalidade e integralidade estabelecidos, inclusive, no que diz respeito a equidade. O setor privado no país é um dos mais competitivos e que cresce cada vez mais.

A saúde tornou-se uma mercadoria, como na maioria dos países conforme o modelo capitalista, onde o poder de compra e de qualidade está disponível para quem tem recursos financeiros. Com a abertura e economia do mercado, o maior investimento está voltado para esse setor, mesmo aquelas unidades hospitalares com parceria público-privado que detém uma cota do orçamento do Estado, os preços são exorbitantes.

Os preços praticados não são objeto de nenhuma regulação na sua maioria, e os recursos humanos do setor privado é o mesmo que trabalha no setor público, com evidentes prejuízos para a população. Desse modo, o setor privado lucrativo está confinado aos principais centros urbanos, sufocando mais ainda o setor público, onde o investimento é cada vez menor e insuficiente.

E, o setor da medicina tradicional é a medicina conhecida como alternativa, e está muito presente no país. Trata-se de um tipo de medicina cuja assistência é feita à base de medicamentos de origem vegetal – como ervas, árvores, folhas de árvores, e de origem animal, onde todos os elementos com fins terapêuticos são proporcionados pela natureza.

Atualmente, este setor ganhou visibilidade em razão das evidências que revelam que grande parte de utentes recorrem a ela e, simultaneamente, por vezes à medicina ocidental, à medicina chinesa ou asiática. Assim, não se trata apenas do desconhecimento da

organização e funcionamento da política de saúde, mas de uma falta de investimento no setor público de saúde.

Como reflete Sarreta (2011) sobre a ideia social do sistema universal de saúde, “[...] por partir do pressuposto da universalidade de acesso e da atenção integral da saúde como direito, surge como conflituante ao modo de produção predominante na sociedade capitalista, excluída e desigual” (2011, p. 33).

Desse modo, ao refletir sobre os princípios que orientam o SNS de Angola, a compreensão costuma estar ligada às condições de custo-benefício na aplicação de recursos, financiamento adequado, esquecendo-se situações comunitárias de base cultural e da própria forma de organização da população em relação à sua saúde.

Portanto, é preciso reformar o SNS e adequar às novas realidades e princípios que o fundamenta, onde o utente e a população possam participar nas variadas decisões. É necessário que a política de saúde também seja clara e objetiva, para que a sociedade perceba e reconheça como uma conquista do processo democrático vivenciado. A concepção da política nacional de saúde, seus princípios e diretrizes, como uma categoria de análise nesse estudo, foi refletida pelos (as) participantes da pesquisa enfocando a importância da humanização na saúde, como mostram as falas dos(as) participantes da pesquisa:

Na política nacional de saúde aquele que tem a ver sobre tudo com a saúde, a Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde vem visando sim alguns aspetos ligados a humanização, mas, assim numa vertente muito superficial, algo assim que ainda não se percebe o que é a humanização dentro da Lei de Base, mas vem sendo fundamental no programa nacional de humanização. (AS 1)

Várias respostas se fazem a esta pergunta, para dizer que, a nossa política de saúde ainda é muito pobre e velha de certo modo, porque, apresenta componentes perdidos no tempo e no espaço. Onde o Estado não assume as responsabilidades sociais e de saúde. Por muitos 40 anos de governação, a saúde em Angola, só começou a respirar bom senso desde 2017 quando entrou novo Presidente da República, que de certo modo está a desenvolver várias atividades para a melhoria da atenção à saúde. A antiga não se tinha nenhuma atenção à saúde. [...] Agora, dentro do Sistema Nacional de Saúde, existe sim plano nacional de desenvolvimento sanitário 2012-2025, que atualmente tem a sua nova versão 2017-2027 que espelha a necessidade de o Estado ser mais humanista nas questões de saúde, dando recursos humanos e construir infraestruturas de saúde de todos os níveis e um atendimento próximo e humanizado em todas as esferas da sociedade. (AS 3)

No meu entender [...], esta pergunta é provocadora, visto que, em nossas reuniões e debates sobre saúde e sua abrangência, na nossa política, pouco ou nada se vem na prática sobre a humanização da atenção à saúde. Pode ter alguns elementos chaves, onde o Estado angolano se despõe em garantia a saúde a toda a população, mas na prática é o inverso, o Estado não se preocupa com a saúde pública. Ficamos 40 anos sem nenhum investimento na saúde, apesar que, a guerra civil e a corrupção tomaram conta do país, mesmo assim não se justifica este desleixo. Agora sim, com a entrada de um novo presidente, as coisas dentem a tomar um outro rumo de vida. (AS 4)

Pelas falas, está claro que é preciso aprofundar estudos e pesquisas sobre a política de saúde. Com a entrada do novo governo em 2017, o setor da saúde tem recebido uma atenção especial, conforme a proposta apresentada no Plano Nacional de Desenvolvimento 2018-2022 (PND, 2017), que incidirá sobre os seguintes elementos:

Organização e gestão do sistema nacional de saúde; regulação da saúde em Angola; prevenção e controlo das doenças pela abordagem dos determinantes sociais da saúde; prestação de cuidados de saúde primários e assistência hospitalar; planeamento, gestão e desenvolvimento de recursos humanos; desenvolvimento da investigação em saúde e da rede nacional de laboratórios; gestão do sector de medicamentos e equipamentos médicos; reforço do sistema de informação sanitária; financiamento do sistema nacional de saúde; desenvolvimento do quadro institucional; cooperação internacional. (2017, p. 1)

Ainda, dispõe do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025, onde a humanização da atenção à saúde é destacada como fundamental, onde o Estado deve procurar implementar em todas as unidades de saúde um ambiente de trabalho com a participação democrática dos utentes.

De fato, passando três anos de governação, o setor da saúde tem mostrado sinais de recuperação, devolvendo ou dando o poder para as instituições de saúde a institucionalizar o programa de humanização nas unidades hospitalares a nível nacional. Esse reconhecimento, expresso na fala, mostra a preocupação de olhar a atenção à saúde em sua totalidade, dando abertura para a participação da equipe de saúde e da população, para contribuir com os seus saberes e experiências, que é a saúde do utente.

Mas, para avançar nessa direção o Ministério da Saúde precisa elaborar políticas mais inclusivas e participativas. Observa-se, também, na fala do (a) participante, certa preocupação em relação a forma como são elaboradas e implementadas a política nacional de saúde, visto que o Ministério elabora projetos, programas e planos, que na prática não têm uma efetivação desejada.

A Política Nacional de Saúde (PNS) é elaborada mediante um processo participativo e de diálogo perante, entre os diferentes atores a todos os níveis da Nação, expressa a firme vontade do Estado Angolano de mobilizar os recursos humanos, financeiros e materiais essenciais, em prol da saúde e do bem-estar de todos os angolanos. Componente da política social, ela deve contribuir para a edificação de uma sociedade livre, justa e solidária que proporcionar a plena concretização das potencialidades humanas e o usufruto por todos, dos benefícios de um desenvolvimento sustentável de Angola. (PNDS, 2012, p. 3)

Apesar da afirmação do PNDS, em Angola as leis e as políticas de saúde, apesar de serem bem elaboradas e objetivas, enfrentam o grande problema em sua efetivação na prática, pois ao longo de 40 (quarenta) anos de governação o Estado não vem cumprindo o que está estabelecido para a efetivação da política nacional de saúde. Pode-se afirmar que existem

melhorias na atenção à saúde, apesar de não ter provocado ainda mudança nos indicadores favoráveis do setor.

O programa de humanização da atenção na saúde é uma das melhorias ou de investimento no setor, e precisa ser aprofundado, exige acompanhamento e fiscalização, em todos os níveis de atenção, como expressam a fala do (a) participante:

A atenção à saúde desde já foi precária em todos os níveis, antes ou após da implementação do Programa Nacional de Humanização, além disso, não foi implementado em todas as unidades hospitalares, principalmente, na atenção básica ou primária. O que deveria ser feito na comunidade ou na atenção primária e depois seguir para a atenção terciária. E mesmo sendo nas unidades terciárias, ainda apresenta muitas lacunas ou défices, visto que, não há fiscalização ou controlo das suas ações. Sendo assistente social, temos a missão de fiscalizar todos estes processos e ajudar as instituições de saúde a melhorar a atenção a saúde em todos os níveis. Este Programa de certo veio minimizar alguns problemas que os utentes apresentavam no seu cotidiano nas unidades hospitalares através do Gabinete do Ute. [...] Este Gabinete tem sido o escudo de muitos utentes, mesmo ainda com alguns problemas de funcionamento, mais, é o que no momento temos. (AS 2)

Pelas falas dos (as) participantes da pesquisa, são necessários investimentos no setor da saúde, nas suas abordagens e no trabalho multissetorial. A saúde deve ser reconhecida em sua totalidade, onde os problemas de saúde têm relação e explicação com outras áreas e setores.

Segundo Monteiro (2016, p. 71), “A saúde resulta da relação entre fatores biológicos, mentais, sociais e aspetos do ambiente físicos e social em que os indivíduos vivem. Trabalhar na e para saúde envolve uma visão da totalidade do ser humano”. Em relação à concepção de saúde, há o reconhecimento dos (as) participantes desse estudo que a saúde é um conceito amplo e não é apenas a ausência de doença, conforme orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Está relacionada como um bem-estar físico, mental e social, e com a condição econômica da pessoa e do próprio país.

Sabe-se que de acordo com a Organização Mundial da Saúde, saúde é completo bem-estar físico, mental e social e não apenas de ausência de doença, mas mesmo assim a OMS enquadra um novo indicador no conceito de saúde que é na vertente espiritual, então a saúde tem a ver com isto. Definir a saúde deve ser na vertente biopsicossocial e não apenas numa vertente biológica ou biomédica, como muitos outros atribuem este termo. (AS 1)

Para mim, saúde é o bem-estar social, económico e espiritual, sem ela a vida não avança, ela está ligada ao nosso rendimento social. Como assistente social, saúde é a base do desenvolvimento social e humano em todos os níveis, portanto, falar de saúde, é muito complexo, visto que, os governos têm umas outras ideias contrárias do ideal e favorável para população, longo, para completamos a definição de saúde, é preciso que haja mais humanização nos investimentos ou a atenção. (AS 2)

Saúde é o completo bem-estar psicológico, económico, espiritual e físico e não simplesmente ausência de doença. Saúde é um bem social e moral que todos os cidadãos precisam ter para desenvolver as suas vidas. (AS 4)

Portanto, diante das brilhantes ideias, pode-se verificar um olhar mais amplo sobre saúde. É nessa perspectiva que o (a) assistente social deve pautar o seu trabalho na saúde, considerando os determinantes políticos, económicos, educativos, culturais, e a dimensão subjetiva – emocional, física, espiritual e social. Em Angola, a relação da saúde com a condição espiritual e religiosa é bem expressiva, é um processo a ser construído por cada sociedade e está diretamente relacionada com a qualidade de vida.

Vejo que a saúde está ligada com a qualidade de vida. (AS 2)

Lembrar que, a saúde está ligada com a qualidade de vida da sociedade. Ela pertence ao qualificador sustentável. (AS 4).

Segundo Guerra (2017) a concepção de saúde alterou-se, passando da mera ausência da doença para a noção de bem-estar físico e mental, sendo hoje percebida como um conceito mais amplo que inclui uma adequação da vida social na busca da qualidade de vida. A autora reflete que a saúde é o resultado de um conjunto de fatores políticos, económicos, sociais, culturais, que combinados em cada sociedade e em conjunturas singulares, podem resultar em comunidades mais ou menos saudáveis. Existe uma complexidade que envolve o conceito de saúde em cada sociedade, ou seja, é um processo a ser construído pelos indivíduos, grupos e comunidades, como afirma esta fala:

E para nós que trabalhamos com as crianças, a saúde delas é a nossa e máxima alegria. Esta definição da OMS precisa ainda ser bem interpretada, isto que, ainda, não completa o que cada sociedade apresenta. Definir a saúde é um processo, visto que, em algumas sociedades, carece de alguns componentes para que esta afirma sempre uma realidade. Portanto, saúde é um conjunto de componentes e não apenas ausência de doença. Sem a saúde o ser humano fica desequilibrado. É com a saúde que o ser humano se desenvolve em outras realidades e sociedades. (AS 3)

Portanto, reafirma-se que o SNS angolano precisa ser repensado de forma multisetorial, a fim de receber outra configuração, para que possa ser de fato inclusivo e universalmente consagrado, com qualidade e dignidade aos cidadãos.

2. AVANÇOS E DESAFIOS NO SETOR DA SAÚDE

Em Angola, diante de todos os desafios enfrentados, é importante reconhecer todos os avanços que tem alcançado no setor da saúde. A situação económica que o país enfrenta nas

últimas décadas é grave, em especial, a partir de 2014 foi aprofundada através da crise econômica mundial, com o baixo preço do petróleo.

O petróleo é a maior fonte de receita do país, que sustenta 80% do Orçamento Geral do Estado (OGE) e, desde a sua queda no mercado internacional no período, teve uma quebra na economia que tem afetado todo o setor nacional (ANGOLA; PIIM, 2019).

Esta crise atinge toda a sociedade e mostra que o sistema capitalista busca manter um padrão de acumulação e de garantia da sua reprodução, com consequências no aprofundamento da pobreza e das desigualdades. Ao analisar a política de saúde no cenário contemporâneo a partir da perspectiva crítica, é possível desvendar a crise do sistema capitalista no âmbito mundial e, que esta crise não é apenas econômica, é uma crise planetária (ÁFRICA; TUNIS, 2012).

Portanto, é uma tendência mundial que afeta diretamente a política de saúde e, por este motivo, é fundamental considerar a determinação social da saúde, considerando os elementos que atuam na relação saúde-doença, pois trata-se de condições e ações criadas de forma individual e/ou coletiva para garantir saúde e qualidade de vida.

Para Minayo (2004) a saúde, enquanto questão humana, é um problema que envolve todos os seguimentos da sociedade.

Porém as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos [...], a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais, ambientais da condição humana e de atribuição de significados. (MINAYO, 2004, p. 14)

A autora demonstra a complexidade dos problemas a serem enfrentados. Assim, o reconhecimento da determinação social da saúde, tem relação com a economia, a política, o trabalho, renda, infraestrutura básica, acesso ao saneamento básico, e outros recursos, o que exige desvendar a estrutura do capitalismo e de suas contradições, como exploração, desigualdades, dominação, entre outras condições vivenciadas em Angola.

Desse modo, desvendar a realidade no contexto de aprofundamento das desigualdades sociais exige decifrar os problemas sociais que circulam a saúde e buscar estratégias de ação para o seu enfrentamento. Para se ter saúde a população precisa ter acesso assegurado aos recursos básicos como água potável, educação, trabalho, uma situação econômica estável, saneamento básico, renda, pois todas estas condições podem prevenir ou produzir doenças. É preciso fortalecer o trabalho multisetorial, pois:

Fatores como a alimentação, a moradia, a educação, o trabalho, o saneamento básico, o lazer, o acesso a bens e serviço influenciam diretamente na saúde da população. Neste contexto, a saúde não é de responsabilidade apenas da política de saúde, requerendo a articulação com as demais políticas públicas, a realidade local e a questão cultural da população atendidas, para a garantia de um bem-estar global, promovendo a atenção integral. (RODRIGUES; MARTINS; QUERINO, 2013, p. 113)

A melhoria da saúde e da qualidade de vida vai remeter diretamente aos determinantes sociais da saúde, e ela pode ser entendida de várias formas, de acordo com a realidade de cada sociedade, como reflete Carvalho (2000, p. 12),

[...] a saúde tem um grande desafio que se coloca hoje, que é a questão dos determinantes sociais da saúde, quando a mitigação para o equilíbrio passa por dotar as famílias e as comunidades de conhecimentos e apoio prático necessário para a efetivação de uma interação efetiva com todos elementos que determinam o processo saúde-doença.

Logo, razão pela qual, os determinantes sociais da saúde (DSS), “[...] são os fatores sociais, económicos, culturais, éticos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78). Tais determinantes relacionados com as condições sociais de vida e de trabalho, que podem contribuir ou prejudicar a qualidade de vida. Esta orientação vem sendo defendida desde a década de 1990:

É apenas com a conferência de Alma-Ata, em 1978, que a mudança do modelo de atenção à saúde foi enunciada e, posteriormente, na Carta de Ottawa de 1986. Este novo paradigma aponta a estratégia da atenção primária na direção de uma abordagem diferenciada, a fim de extrapolar a atenção centrada na doença e realçar a importância dos fatores condicionantes e determinantes da saúde. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 80).

Os serviços de saúde precisam adotar uma postura que perceba e respeite as particularidades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos econômicos e ambientais (RODRIGUES; MARTINS; QUERINO, 2013). Sob este ponto de vista, cabe ao Estado formular políticas sociais e econômicas capazes de minimizar e erradicar as desigualdades sociais que interferem nas condições de saúde da população, mediante as demandas locais e regionais. A fala a seguir reforça essa ideia.

Os desafios para a saúde no tempo de paz são muito grandes, [...] visto que, os programas e planos que o setor da saúde tem vindo a levar a cabo, ajudam decerto a ser concretizado na prática, o sistema de saúde preciso de estas iniciativas para melhor primar na qualidade. Esta responsabilidade não é só das instituições de saúde, é também do Estado em oferecer melhor qualidade de serviço de saúde e acesso fácil para todas as populações, visto que, por um tempo, o Estado tem se esquecido das suas responsabilidades em todos os aspetos, deixando a deriva o sistema nacional de saúde sem recursos para a melhoria das condições dos profissionais e consequentemente para os utentes que vão à procura de melhoria da sua situação de saúde. (AS 3)

É importante destacar o grande avanço na política de saúde angolana, relacionado aos direitos e deveres dos utentes, na fala a seguir:

A carta dos direitos e deveres dos utentes é mais claro, apesar que, é também consagrado na Constituição da República e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. É uma implementação acertada, representa, assim, mais um passo no caminho da dignificação dos utentes, do pleno respeito pela particular condição e da humanização dos cuidados de saúde. Percurso que os utentes, os profissionais e a comunidade devem percorrer lado a lado. [...] Cabe ao Estado angolano assumir a responsabilidade de continuar a dar atenção minuciosa a todas as unidades de saúde para que este atendimento aos utentes seja de forma justa e acessível para toda a população que necessitam de ter e respirar saúde em suas vidas. (AS 4)

As falas demonstram a satisfação com a implementação do programa nacional de humanização da assistência na saúde de Angola, e a preocupação com a sua efetivação, porque ainda não é uma realidade em todas as unidades de saúde, principalmente, na atenção básica ou primária. Bem como, demonstra o reconhecimento dos direitos, deveres e valores, fundamentais no atendimento à saúde da população.

As análises mostram que a partir da criação e organização da Sala de Crise ou Sala de Situação, indicadas pela Comissão Multisetorial, começou a ter um melhor controle das grandes epidemias com as informações e dados em tempo real, e isto tem ajudado no planejamento das ações e na resolução dos problemas de saúde. Os desafios são expressivos, ainda há muito o que fazer, já que os problemas sociais no país existem e se agravam.

O Estado angolano vem adotando medidas nessa direção, principalmente, em relação às grandes epidemias, como a malária, as doenças diarreicas agudas e a cólera. Além disso, existe a questão de falta de recursos humanos, em especial, especializados para as unidades hospitalares. Os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), para o Censo da População e Habitação de 2019, revelam que:

O setor da saúde apresentava uma falta expressiva de recursos humanos em quantidade e qualidade, desde os anos de 1990. Em 2018 o ministério da saúde realizou o maior concurso público no país, de todos os tempos, para seleção e admitiu 9.125 profissionais para o setor da saúde. Este concurso foi voltado para priorizar os municípios e na cobertura do nível primário da atenção à saúde e, portanto, a sua maioria, cerca de 75% destes profissionais foram colocados nas unidades de saúde municipais, isto é, médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico (INE, 2019, p. 34).

Esse investimento em recursos humanos para a saúde é de grande relevância e demonstra um avanço significativo, frente aos desafios para a reconstrução da estrutura do país. Assim, ao analisar o SNS e os níveis de atenção – primário, secundário e terciário, a prioridade na cobertura de profissionais nas unidades municipais é fundamental, é neste espaço que a equipe de saúde tem facilidade de acesso à população e pode fazer a diferença.

Este é um processo gradual, visto que o setor tem uma carência de recursos humanos muito grande, mas foi um avanço a ser considerado. A prioridade na atenção primária à saúde demonstra que Angola vem seguindo o que está preconizado no âmbito mundial pela OMS.

O Plano Integrado de Intervenção nos Municípios (PIIM), é um plano nacional que tem como objetivo a criação de condições a nível municipal em suas várias áreas, visando a aproximação dos serviços sociais básicos para a poluição local, com prioridade na área social, na saúde e educação. Conforme os dados do Plano, “estão sendo desenvolvidos 222 (duzentos e vinte e dois) projetos para os municípios, como construção de postos de saúde, centros de saúde, hospitais municipais e de reabilitação e outros serviços de equipamentos de saúde” (ANGOLA; PIIM, 2019, p. 23).

O PIIM afirma que a partir de um levantamento realizado em lócus, cerca de 90% da população usa a rede pública de saúde, e que “o primeiro semestre de 2020, assistir-se-á muitos resultados disto, isto é, foram feitas compras agrupadas de equipamentos, para apetrechar as unidades hospitalares, área estratégicas em todo país.” (ANGOLA; PIIM, 2019, p. 26).

No Plano está prevista, para os próximos anos, a contratação de 7.000 (sete mil) profissionais, e a intenção é realizar periodicamente os anos concursos públicos para a saúde, visto que há grande insuficiência e lacunas. Indica em seu conteúdo que o setor da saúde precisa de cerca de 40.000 (quarenta mil) profissionais nas variadas categorias e, também, deve aceitar que este problema não será resolvido de maneira imediata.

Há uma estimativa que o país conseguirá resolver isso em vários anos, ou seja, uma média de 40 (quarenta) anos para suprir a falta de recursos humanos e depende das condições financeiras para a realização de concursos e contratação (ANGOLA; PIIM, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a realidade do país em sua totalidade, as contradições e os problemas existentes, há que se reconhecer que os desafios exigem apoio de todas as áreas e setores da sociedade, inclusive de apoio externo, já que o Estado tem buscado recursos para a reconstrução da infraestrutura, destruída durante a guerra civil. Certamente, a pesquisa teve os seus objetivos, questionamentos ou inquietações respondidos ou atingidos na sua totalidade, isto é, respeitando todos os procedimentos até a sua concretização final, é um motivo de satisfação total, visto que, desde o princípio, existia um pequeno receio na concretização dos mesmos.

Os dados demonstram que o setor da saúde pública teve melhorias significativas, por parte do Estado angolano, tais como investimento e construção de infraestrutura, aumento de recursos humanos, compra de materiais e equipamentos, abastecimento de medicamentos a nível nacional, no estabelecimento de prioridades, entre outras, e aos poucos as melhorias estão sendo alcançadas.

A partir dos dados, as análises mostram que um dos maiores problemas é que o país não dispõe de uma rede sanitária, com infraestrutura suficiente e adequada para atender a população.

No âmbito das medidas adoptadas pelo Ministério da Saúde de Angola nos últimos anos, destacam-se o aumento do financiamento para o reforço do Serviço Nacional de Saúde (SNS), avanços na construção e reabilitação de infraestruturas sociais, com benefícios consideráveis para o sector da saúde, dotadas de meios técnicos e tecnológicos modernos, o que permitiu a expansão da rede sanitária municipal, com criação de novos serviços especializados de referência e investimento no capital humano.

Sendo a política nacional de saúde um instrumento que ronda desde 1992, pouco ou nada consta sobre a humanização da atenção à saúde, mas, pegando Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS 2012-2025), como documento fundamental de orientação e gestão destinam-se a garantir o desempenho do Serviço Nacional de Saúde, com vista à melhoria do estado de saúde e qualidade de vida da população angolana. Num ambiente de estabilidade política, o referido instrumento deve contribuir para a execução da política nacional de desenvolvimento através do seu apoio ao crescimento económico, à proteção do ambiente e à inclusão social.

Aqui, a inclusão social é dada como estratégia de consciencialização, solidariedade social e participação dos cidadãos e de outros agentes interessados no processo nacional de desenvolvimento sanitário sobretudo no tocante às medidas de promoção da saúde, prevenção das doenças e proteção social em relação ao acesso a cuidados de saúde. Estes sim, existem elementos concretos sobre a humanização da atenção à saúde que vai espelhar as linhas mestres de desenvolvimento do setor da saúde.

É de ressaltar que, a pesquisa de campo com os (as) assistentes sociais do Hospital, de certo modo contribuiu para a construção da pesquisa. Na verdade, deu um impulso qualitativo e considerável aos objetivos e a pergunta de partida, dando assim fôlego através das falas dos participantes da pesquisa, onde corresponderam dando apreciação favoráveis aos objetivos, onde segundo eles, estudo como este, precisam ser apoiados em todos os aspectos da sua construção, para enriquecer o nível de consultas a nível da profissão.

O Ministério da Saúde tem planos que até são definidos ou orientados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Para uma população de 17 mil habitantes há que se ter um posto de saúde, até 75 mil habitantes um centro de saúde de referência, até 150 mil habitantes, um hospital municipal, até 750 mil habitantes um hospital provincial e os hospitais da rede terciária, este por sua vez já são para todos os habitantes. (ANGOLA; PIIM, 2019, p. 40).

Isso contribui para garantir um serviço de qualidade e para atender as expectativas da população, seja em termos de idade, gênero, cultura, língua, atitudes, valores e comportamentos. Atualmente, o SNS tem uma demanda expressiva de atendimento, pela degradação e falta de articulação da atenção básica de saúde, e isto condiciona o atendimento da atenção secundária e terciária. Em relação ao nível terciário em Angola, a necessidade de construir mais hospitais é outro desafio a ser enfrentado (ANGOLA; PIIM, 2019).

REFERÊNCIAS

ANGOLA, Ministério da saúde (MINSÁ). Relatório anual de atividades do programa integrado de intervenção dos municípios (PIIM), Luanda: 2019.

ANGOLA. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012 – 2025 almeja “uma vida saudável para todos”. Ministério da saúde: Angola 2012.

ANGOLA, Conselho Nacional de Medicina Natural/Tradicional de Angola, simpósio anual de categoria, Jornal de Angola, 2012.

- ANGOLA. *Lei de Base do sistema nacional de saúde. N°21-B/1992*, 28 de agosto. Constituição da República de Angola, Luanda: Imprensa Nacional, 2010.
- AFRICA, Túnis. *Relatório síntese sobre situação financeira da saúde em Angola: conferência ministerial sob harmonização da saúde em África-Túnis*, 4 de julho 2012.
- CHAXIMBE, Orlando Clementino Mununga, Serviço Social e Humanização da Atenção na Saúde de Angola. São Carlos: Pedro & João Editores, 2023. 156p.
- GUERRA, Inês. O caso social em saúde: uma dimensão do Serviço Social em contexto hospitalar. Ciências e Políticas públicas. Public Sciences e Policies. Volume III, Número 1, junho de 2017 – Edição Especial. CAPP PINTO, Carla; CARVALHO, Maria Irene; SARRETA, Fernanda de Oliveira. Ciências e Políticas públicas. Public Sciences e Policies. Volume III, Número 1, junho de 2017 – Edição Especial.
- GOMES, Rogério Miranda. *Humanização e Desumanização no trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.
- INE-*Objetivos de Desenvolvimento sustentável. Relatório de linha de base agenda 2030*.Luanda-Angola-2018, Pag14.
- INE, Instituto Nacional de Estatística. *Censo da População e Habitação*, 2014.
- MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Maria Cecília de Sousa Minayo (org.); Suely Ferreira Deslandes; Romeu Gomes. Petrópolis: Vozes, 2012.
- MINSa. Ministério da saúde de Angola. *Relatórios de combate à malária, cólera e grandes epidemias*, Luanda, 2019
- MINSa. Ministério da saúde de Angola. *Programa Nacional de Municipalização da saúde*, Luanda, 2019.
- MONTEIRO, António Amor. *Natureza do Serviço em Angola*. São Paulo: Cortez, 2016
- MONTEIRO, Amor António. *Serviço Social na Saúde com pessoas deficientes: o caso do Centro de Apoio dos Deficientes Físicos da Funda-CADF*. Trabalho de Conclusão de Curso, Luanda: UCAN, 2010.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. *Medicina Tradicional em Angola*, 2002
- QUESA, José. *Sistema de Saúde em Angola: uma proposta à luz da reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal*. Porto, 2010.
- RODRIGUES, Andreia Cristina; MARTINS, Rosane Aparecida de Sousa; E QUERINO, Rosimár Alves. *Compromisso com o Atendimento Integral e Humanização: Reflexões Acerca da Atenção à Saúde da Criança no município de Uberada*. Serviço Social & Realidade, Franca, v.22, n.2, p.111-138, 2013.
- RAVAGNANI, C.L.C; SARRETA, F. O. *Humanização as Relações na Saúde com Experiências Coletivas*. Serviço Social e Realidade, Franca, v.17, n.1, p.361-376, 2008.
- SARRETA, F. O. *A construção do direito à saúde e a contribuição do assistente social*. *Revista Serviço Social & Saúde*. UNICAMP Campinas, v. X, n. 11, jul. 2011. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/1377/136>



A EFETIVIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Zilda Cristina dos Santos

Fernanda de Castro

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Poder Judiciário, nos fins da década de 1970, era voltado para o atendimento de direitos individuais, apesar de a sociedade brasileira vivenciar, nesse momento, um período de reorganização da sociedade civil.

Com a reivindicação de diversos movimentos sociais, fruto das pressões exercidas pelo movimento sindical e pelos movimentos sociais diante da insustentabilidade do fechamento político do país às demandas populares, configurou-se um cenário de crise do modelo que era vigente, e o Judiciário teve que se adaptar a essa nova configuração (JUNQUEIRA, 1996).

Neste contexto, aconteceram momentos históricos marcantes no mundo e no Brasil, dentre os quais pode-se destacar o período de industrialização, fase em que a sociedade se constituía economicamente, com muitos impactos econômicos e políticos.

Já na década de 1980, o Brasil passou por um processo político e social de redemocratização. Muitos direitos sociais passaram a ser vislumbrados pela sociedade em uma perspectiva de luta, como o direito à moradia e à saúde, setores em que havia a exclusão da grande maioria da população.

Como fruto das reivindicações sociais, a Constituinte de 1988 ampliou os poderes do Judiciário e trouxe como base de efetivação a esses direitos, a questão social do acesso à justiça, seguindo uma lógica que já era pensada pelos movimentos sociais da década de 1970 (JUNQUEIRA, 1996).

Para Barroso (2018), a Constituição Federal de 1988 representa a maturidade institucional brasileira, a superação dos ciclos de atrasos, tais como: as eleições periódicas, presidentes cumprindo seus mandatos ou sendo substituídos, Congresso Nacional funcionando sem interrupções, Judiciário e Forças Armadas com autonomia. A carta constitucional de 1988 é a materialização de um marco histórico do Brasil, com o encerramento de um período opressor e o marco de uma nova fase da sociedade na luta para efetivação dos direitos sociais.

Importante destacar que é a partir do ideário constitucional e da ideologia do capitalismo, bases contraditórias, que se fundamentam os conflitos sociais. Logo, suas expressões não conseguem ser resolvidas sem a participação do Poder Judiciário, ora pela falha do sistema dos serviços públicos, que não conseguem atender toda a demanda da sociedade, ora pela falta de oferta de um bem, que é essencial. O não cumprimento das promessas constitucionais, conflitos políticos, desigualdade social são os fundamentos para os conflitos existentes na sociedade.

Portanto, discutir o acesso à justiça é considerar toda a trajetória de luta e conquistas dos direitos sociais, de forma a compreender a importância da participação social na reforma do sistema do Poder Judiciário. É superar a ideologia neoliberal, que impacta diretamente na responsabilidade do Estado para com a sociedade, de modo a compreender os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais que envolvem o direito à saúde e a sua efetivação.

1. REFLEXÕES SOBRE AS DEMANDAS JUDICIAIS E SEUS ENCAMINHAMENTOS NO BRASIL

As demandas judiciais são complexas e requerem um olhar crítico ao contexto histórico da sociedade, pois o sistema de justiça costuma ser popularmente reconhecido, não pela sua efetivação de direitos, mas pelos excessos processuais que justificam sua morosidade. Desse modo, Carvalho (1999, p. 138) explica que:

As sociedades modernas geram, na realidade, uma demanda de justiça quantitativa e qualitativamente inédita. Trata-se de uma demanda de massa e de uma demanda maciça. A justiça não apenas deve multiplicar suas intervenções – o que já é em si um desafio –, mas é também, ela própria, objeto de novas solicitações. Quer lhe sejam submetidas questões morais difíceis, como as relativas à bioética ou à eutanásia, quer lhe seja solicitado remediar prejuízos causados pelo enfraquecimento dos vínculos sociais na população marginalizada, a justiça se vê intimada a tomar decisões em uma democracia preocupada e desencantada.

A partir de um direito positivado, a busca pela sua efetivação é constante. Há um duelo histórico entre a sociedade (classes subalternas, principalmente) e o Estado (gestor dos direitos). Na presente macroestrutura, está o capitalismo, sistema econômico contracorrente da democracia.

Nesse conflito de interesses e na busca pela sobrevivência, o juiz é o principal protagonista da situação, estando com a responsabilidade do deferimento ou não de uma solicitação que lhe é passada.

Por essa razão, há a importância de considerar a visão do juiz dentro de um contexto social, econômico, político e cultural, pois na ação judicial esses aspectos são considerados em conjunto com a legislação. Dentro dessa dinâmica, tem-se que ao procurar a Justiça, o usuário

do serviço de saúde teve seu direito negado pelo Estado, por meio de seus órgãos, entidades e agentes públicos.

Predominantemente, os gestores das políticas públicas justificam essas “não ofertas” com a crise econômica do Estado, alegando que o mesmo não é capaz de lidar com a totalidade e a complexidade que envolvem as promessas constitucionais. Isso contribui, cada vez mais, para a focalização e imediatismo dessas políticas, atendendo a sociedade de forma parcial e com o mínimo social, de modo que, em algum momento, as pessoas lutem na justiça pelos seus direitos, tais como à vida, por exemplo, e tenham esse mesmo direito negado. Conforme observa Garapon (1999, p.140):

Essa demanda de justiça é paradoxal: sob o pretexto de se proteger contra uma intervenção ilegítima, a sociedade se entrega ao controle do juiz. O indivíduo libera-se da tutela de seus magistrados naturais, precipitando-se naquela do juiz estatal. O preço a ser pago pela liberdade é o maior controle do juiz, a interiorização do direito e a tutelarização de alguns sujeitos. [...] O regionalismo, o populismo político, o desenvolvimento de seitas ou do integrista religioso, os bandos de jovens dos bairros de periferia, uma quantidade de fenômenos que, além de suas particularidades, podem estar ligados ao declínio da imensa solidariedade entre classes que havia estruturado a identidade nacional.

A intensidade da judicialização se reflete em cerca de 95,7 mil processos envolvendo demandas de saúde na primeira instância no ano de 2017 (INSPER, 2019). Conjuntamente com a intensificação da judicialização, tem-se que a sociedade brasileira não confia na resolutividade dos processos, haja vista que, para além da morosidade, há o excesso de burocratização, o alto custo de taxas que envolvem o processo, e o acolhimento deficitário do usuário. Essas características contribuem para a construção de uma identidade nacional da justiça, marcada como morosa, logo, negativa e insuficiente, resultando na perda de confiança das pessoas para com a justiça.

Outros aspectos importantes nesse cenário, são as diferenças regionais no Brasil. De acordo com Insuper (2019) São Paulo é um dos principais responsáveis pelos processos judiciais que envolvem a saúde. As leis são normas de abrangência nacional, cabendo aos entes da federação realizar suas adequações conforme as características da região, considerando os aspectos ambientais, sociais, políticos, econômicos e culturais.

Por isso, um dos eixos para tratar a desigualdade é a equidade, pois não tem como trabalhar a igualdade sem considerar a particularidade e a complexidade que envolve cada indivíduo e sua família, conforme se observa pela explanação de Carvalho (1999, p. 145) abaixo:

A igualdade coloca os homens uns ao lado dos outros, sem laços que os amarrem. Ela os dispõe de maneira a não lhes permitir pensar em ser como seus semelhantes e lhes impõe uma espécie de virtude da indiferença. Mais qualquer outro regime, a democracia torna incerta a autoridade: eixo o paradoxo da justiça numa democracia. [...] a sociedade democrática contorna essa dificuldade dando uma extraordinária extensão à noção de contrato.

A igualdade, colocada como princípio constitucional, é algo inalcançável em sociedade desigual ou num país em desenvolvimento, onde o sistema econômico é capitalista e o verdadeiro controlador da figura do Estado. Nesse sentido, o Estado brasileiro, apesar da efetivação da Constituição Federal de 1988, seguiu o ideário econômico, atendendo as demandas sociais, conforme o interesse da sociedade capitalista de conter a classe trabalhadora.

O regime democrático conseguiu, a partir de diligências em diversos setores da sociedade, buscar a responsabilização do Estado pelos direitos sociais, partindo de movimentos coletivos, mostrando que a ação estatal acontece sob pressão e/ou ameaça de desordem. Resulta-se ainda num Estado seletivo e carregado de conflitos de interesses, em que o acesso à justiça é permeado pelo fator referente ao conhecimento e reconhecimento da pessoa como sujeito de direitos. Sobre essa temática, Garapon (1999, p.149-150) explica que:

A abstração democrática é necessariamente teórica, e um tanto angelical, e postula a autonomia dos cidadãos, mas não imagina o contrário. Ora, através da justiça, esse dogma democrático entra em contradição com a fragilidade do indivíduo de carne e osso. As ficções democráticas atingem o corpo da sociedade. Esses sujeitos dever ser respeitados em sua palavra, tanto quanto protegidos em razão de sua fragilidade. Exigir do sujeito que ele se torne legislador de sua própria vida pode conduzir à tutela de sujeitos mais desamparados, incapazes de direitos dos indivíduos.

É a partir da abstração democrática que se tem a falsa autonomia do sujeito, visto que o mesmo, não consegue ter acesso ao seu direito de forma “natural”. Ao buscar pela justiça, na maioria das vezes, sente-se fracassado, pois não se identifica com a instituição do Poder Judiciário. Isso se deve ao fato de que há a visão da sociedade e a reprodução de alguns atos pelos operadores do direito que acarretam no distanciamento da realidade do sujeito, o que, por vezes, pode gerar injustiças.

Essa democracia abstrata gera disputas privadas e individuais, perdendo o foco da dimensão coletiva dos direitos sociais. Com isso, avançam-se os processos de juridificação¹ e judicialização² da vida em sociedade. Nesse sentido, Sousa Junior (2008, p. 02) esclarece que:

[...] não perder de vista de que o “direito, o sistema jurídico e o sistema judicial encontram-se num processo acelerado de transformação, que varia em cada sociedade em função do seu desenvolvimento econômico e social, da cultura jurídica, das transformações políticas e do conseqüente padrão de litigação decorrente do tipo de utilizadores dos tribunais judiciais e da relação entre a procura potencial e efetiva da resolução de um litígio no sistema judicial.

1 Refere-se aos conflitos que não são levados ao Judiciário, mas que são discutidos sob o ponto de vista jurídico. *In*: ASENSI, F. D. Indo além da judicialização: O Ministério Público e a saúde no Brasil / Felipe Asensi. — Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010. p.48

2 Refere-se aos conflitos que são levados ao Judiciário na forma de ação civil pública ou algum outro instrumento processual. *Ibidem*.

As transformações societárias impactaram todas as instituições, inclusive o Poder Judiciário. Os avanços na democracia e nas formas de participação popular na avaliação, construção e reconstrução das políticas públicas, trazem aos tribunais novos litígios. Essas novas configurações das demandas judiciais resultam na desjuridificação, para informalização, e para desjudicialização, no tratamento da resolução dos litígios (SOUSA JUNIOR, 2008).

O paradigma da modernidade, conforme Sousa Junior (2008), leva em consideração três aspectos: a racionalidade científica e positiva, que rejeita outras formas de explicação da realidade, principalmente as de natureza metafísica; a modernidade, representada pela hegemonia da forma política do Estado - a expressão institucional passou a subordinar as experiências múltiplas dos modos de organização da sociedade -; e por último, a supremacia do modo legislativo de realizar o direito.

Há de se considerar vários aspectos na busca pela efetividade de um direito, tais como a hostilidade do capitalismo no tocante à redistribuição de riquezas, o que impacta na efetivação de direitos sociais; a influência da religiosidade; a opção ética para seguir a normatização e; o sentimento de direito. Todos esses aspectos, numa conjuntura de conflitos de interesses, necessidades e possibilidades de realização, encontram seu fundamento na ideologia econômica.

Dentro do processo de solução de conflitos, é importante considerar as condicionantes sociais, econômicas e culturais, resultantes dos processos de socialização e interiorização de valores dominantes, difíceis de serem alterados. Tais fatores impactam numa resolução mais breve de um processo, e enfim, possibilitam as práticas de transformação social, na realização efetiva da justiça.

Desse modo, busca-se a reforma do Judiciário, sugerida por Boaventura Sousa Santos (1986), que apresenta como estratégia ideal a evolução de um sistema que foca nas necessidades dos usuários, considerando a perspectiva da consciência sobre os direitos e da luta para reivindicá-los. Esse cenário visa a superação do conservadorismo dos operadores do direito, alargando o acolhimento, e abrangendo as novas configurações da sociedade (SOUSA JUNIOR, 2008).

Com a Constituição Federal de 1988, o Judiciário passou a ter um papel estratégico na solução de conflitos sociais, tornando-se a base da participação popular de forma legítima. A sugestão da própria autonomia proporciona a si novos direitos. Nessa linha de pensamento, Sousa Junior (2008) sugere a seguinte estratégia de superação: criar condições para participação social, administração descentralizada, manter o protagonismo do solicitante (considerando sua singularidade e complexidade), aproximar a população das regras institucionais, e considerar o exercício da cidadania, a partir da participação popular.

Os desafios do sistema do Judiciário surgem, a partir das transformações societárias ocorridas no mundo, envolvendo mudanças no sistema econômico, político, cultural e avanços na tecnologia. As complexidades das demandas cresceram conforme as mudanças da sociedade, colocando em questão o papel da justiça, e como resolução, é apresentada por Boaventura Sousa Santos (1986), a necessária reforma do sistema judiciário.

A incompreensão sobre a necessidade de reforma do sistema do judiciário, é fundamentada no Estado e direito moderno, o qual foi criado de forma seletiva, resultando no acesso limitado à justiça contemporânea. Essa situação revela características do Direito Moderno, tais como mecanismos ideológicos, dominação política e reprodução das relações sociais, ou seja, uma justiça excludente. “O acesso à justiça é uma questão moderna, inerente ao processo

de criação de uma ordem de verdade, e de uma organização administrativa-racional, através do direito e para a sua aplicação.” (LAURIS, 2013, p.49).

O capitalismo, o Estado e a sociedade civil, estarão sempre tensionados, uma vez que suas ideias são incompatíveis e contraditas, entre a igualdade de oportunidades e de resultados. Tem-se a ampliação das subjetividades do direito, considerando a sociedade organizada por meio de Movimentos Sociais e organizações sociais; os direitos humanos, que ampliam a responsabilidade do Estado sobre a sociedade; e a extensão da titularidade do direito, entre mercado e consumidor. De acordo com Lauris (2013, p. 79):

A perspectiva em que o acesso à justiça está integrado na política social do Estado e num movimento universalista de reformas, a igualdade de oportunidades de acesso é vista como igualdade de resultados, isto é, a promoção do direito e da justiça é em si mesmo um meio de promoção da justiça social. As mudanças nos padrões de investimento do Estado na política pública de acesso à justiça quebram esta estreita ligação entre oportunidades e resultados.

A discussão sobre a dificuldade de acesso à justiça, reproduz uma ideologia de não efetividade. De um lado, tem-se as pessoas enquanto sujeitos de direito em busca da efetivação dos direitos de cidadania, e do outro, o Estado como disciplinador das promessas constitucionais, ofertando o mínimo social à população, sendo o direito apenas daqueles que o conhecem e sabem buscar pela efetivação do mesmo.

Essa situação também evidencia o acesso à justiça pela “porta dos fundos”, pois o acesso à justiça da sociedade civil, predomina por meio da justiça criminal, e não pela busca dos direitos sociais. Isso mostra a necessidade de construção de estratégias para o acesso efetivo da sociedade civil à justiça (LAURIS, 2013).

Dowell (1989), no que diz respeito a construção de estratégias para o enfrentamento dos obstáculos do acesso à justiça, traz a contribuição sobre os Juizados Informais de Conciliação – JIC. A pesquisadora, utiliza a noção de “conciliação repressiva”, para compreender o padrão de resolução de conflitos, afirmando que os Juizados Especiais não resolvem o problema de acesso à justiça, pois remetem os conflitos ao Poder Judiciário Tradicional (JUNQUEIRA, 1996).

Outro aspecto importante a ser abordado para o acesso à justiça, e conseqüentemente, ao direito, é a sobrecarga de trabalho no Poder Judiciário. O CNJ, em 2013, publicou que no ano de 2012, estavam em tramitação o total de 92.234.282 processos, representando, estatisticamente, um processo para cada dois habitantes, resultado de um elevado e generalizado grau de conflito na sociedade (SADEK, 2014).

Ainda sobre os números do Poder Judiciário, as estatísticas mostram que no Brasil, existem 8,8 juízes para cada 100 mil habitantes e 205 servidores para cada 100 mil habitantes. No que diz respeito aos julgamentos da primeira instância, em 2012, cada juiz julgou 1090 processos, sendo em média, três processos por dia. (SADEK, 2014).

Dentro desses processos, 51% das demandas judiciais tem como responsável o setor público, destacando-se a saúde pública como um dos maiores demandantes nas solicitações de internações e medicamentos de alto custo. O quadro demasiado de judicialização é composto, por um lado, de pessoas que conhecem realmente seus direitos, e de outro, por pessoas que nem sequer sabem aonde buscá-los. Esse cenário ainda representa a deturpação das

atribuições do Poder Judiciário, e o aumento das dificuldades de democratização do direito de acesso à justiça, sendo a universalidade do direito, garantia apenas para setores privilegiados da sociedade (SADEK, 2014).

Todos os obstáculos já citados, estão relacionados com a morosidade, além da necessidade de destacar a formação dos operadores do direito, uma vez que o bom andamento da ação depende da visão e compromisso deles, já que a acentuação do individualismo no processo civil atravança a realização de direitos. Conforme esclarece Sadek (2014, p. 62):

Para o cidadão comum, os reflexos da morosidade são nocivos, corroendo a crença na prevalência na lei e na instituição encarregada da sua aplicação. Repete-se, com frequência, que a lei não vale igualmente para todos e que os processos permanecem por um longo tempo nos escaninhos do Judiciário, afetando indivíduos, famílias e grupos.

Todo esse contexto demonstra que a maioria da sociedade não confia na justiça, Sadek (2014) aponta a partir da pesquisa realizada em 2013 pela FGV- SP, que 91% dos entrevistados relataram que a morosidade (alto custo de um processo), é um dos fatores que dificultam o acesso à justiça.

Sadek (2014, p. 63-64) afirma que “apesar dos constrangimentos de natureza econômica, social e educacional afastarem uma parcela significativa da população do acesso à justiça, o volume de processos no judiciário não reduziu”, o que não significa amplo acesso à justiça, mas sim uma situação de caos. Faz-se necessário construir caminhos de “saída” do sistema judiciário, tais como a conciliação pré-processual, a conciliação processual, o gerenciamento e a informalização.

Ao sistema Judiciário e aos operadores do direito fica a responsabilidade de mediar as situações de conflitos advindos da sociedade, em situações individuais e coletivas (representadas por movimentos e/ou organizações sociais). A busca pela justiça, para muitos, representa a busca pela vida e pela liberdade, e por isso é essencial a compreensão da realidade social, e suas implicações na singularidade de cada um.

A mediação popular de conflitos envolve três aspectos importantes: a racionalidade, a hegemonia, e a supremacia, num contexto marcado por ideologias, sobretudo a ideologia capitalista, onde sua lógica é totalmente contrária à ampliação do acesso ao direito. Há de se considerar nesse cenário, a relevância dos movimentos sociais na conquista e manutenção dos direitos fundamentais, de acordo com o que ensina Miranda e Beline (2016, p. 03):

A luta em prol dos direitos humanos mudou este cenário e as lutas sociais, sobretudo as que ocorreram a partir da década de 70, foram responsáveis por mudanças nas estruturas jurídicas. Os movimentos sociais no Brasil assumem o protagonismo na construção e efetivação do direito e direito à saúde, direito à moradia, luta pela terra, dignidade no trabalho, igualdade de gênero e de raça são alguns dos temas que destacam nesse período. A Assembleia Nacional Constituinte é o ápice desse processo de reivindicações por novos direitos, que culminou com a positivação – e posteriormente em novas interpretações – de novas categorias legais, como é o caso, por exemplo, do novo conceito de direito à saúde inscrito na Constituição de 1988.

A relação do Estado com os movimentos sociais acontece de duas formas: a primeira, na criação de estratégias de criminalização, e a segunda, aceitando a participação desses movimentos, nos cenários democráticos. Os movimentos sociais, por sua vez, utilizam do direito para se defenderem e para qualificar cada vez mais suas ações (SOUSA JUNIOR, 2008).

A construção de alternativas emancipatórias depende da interpretação dos acontecimentos da sociedade, que envolvem o pluralismo político, e expressam a exclusão social em diversas formas. A prática vai muito além do acesso à instituição do direito; é preciso que todos compreendam o que ele é, para quê e para quem (SOUSA JUNIOR, 2008).

A teoria de Boaventura Sousa Santos (1986), em sua concepção de crise e reforma judicial, é a principal na discussão atual sobre o acesso à justiça, sendo a base contextual do Estado Providência. A proposta feita para a reconstrução do conceito do acesso à justiça, envolve a integração do protagonismo judicial, da dialética da justiça, da formação dos operadores do direito e da justiça democrática (VITOVSKY, 2017).

A reforma do sistema judicial envolve princípios neoliberais na disputa entre o aumento de lucros e juros, em contrapartida com a redução dos gastos sociais, e a flexibilização das promessas constitucionais. No contexto neoliberal, é cobrada do Estado a responsabilidade de aumentar o comércio e os financiamentos, ou seja, expandir o capital juntamente com as promessas constitucionais, resultando num conflito entre Estado e Sociedade, cuja resolução cabe ao sistema Judiciário (VITOVSKY, 2017).

A crise do Estado-Providência resulta na responsabilização dos tribunais para com a defesa dos direitos. Não há necessidade de criar novos, mas sim de efetivar os direitos que já estão homologados. É na incapacidade financeira de prover as despesas do Estado, que surge a difusão entre o neoliberalismo e o processo de desregulamentação da legislação bem delimitado por Vitovsky, 2017, p. 181:

Para reduzir as tensões o direito e sistema judicial tem duas funções marcantes. A primeira é aumentar a estabilidade e a previsibilidade das transações econômicas, promovendo a paz social e melhorar a capacidade administrativa do Estado. A segunda é diluir os conflitos sociais que surgem com os deslocamentos sociais e com as desigualdades distributivas, e o sistema judicial transforma os conflitos coletivos em disputas individuais, desmotivando a ação e organização coletiva.

Um dos maiores desafios do direito e dos gestores de políticas públicas, é garantir a universalidade do acesso aos direitos sociais. No Brasil, as políticas sociais são pontuais e imediatas, criadas eminentemente para conter situações de emergência social. O atendimento das demandas complexas da sociedade, como o acesso universal aos direitos sociais, e a atenção aos indivíduos em integralidade, dependem da agenda política.

O atual momento no país se traduz em um período de catástrofe dos direitos sociais, bem como do acesso à justiça, pois as pessoas estão buscando o Judiciário para efetivar direitos que fazem parte do mínimo para a sobrevivência. Logo, o deferimento ou não de um processo judicial, na maioria das vezes, é condicionado à condição socioeconômica de quem busca por tal efetivação. Aqueles que tem mais condições materiais, ou seja, alta renda, têm o acesso à justiça e resposta positiva para suas buscas.

Isso mostra o longo caminho a ser percorrido pela justiça para efetivar o seu papel, e reduzir as desigualdades sociais, sendo ela mesma a responsável pela busca da própria universalização do acesso. O acesso à justiça é uma temática discutida mundialmente, desde os primórdios, a justiça era de fato pertencente às classes mais altas, pois elas tinham condições de pagar por todo o processo. Acessar à justiça é um requisito fundamental para a efetivação dos direitos humanos, sendo a base para um sistema jurídico moderno e igualitário. De acordo com Cappelletti (1988, p. 13):

O acesso não é apenas um direito social fundamental, crescentemente reconhecido, ele é, também necessariamente ao ponto central da moderna processualística. Seu estudo pressupõe uma alargamento e aprofundamento dos objetivos e métodos da moderna ciência jurídica.

Dentre as implicações do acesso à justiça, está a efetividade que a legislação propõe, representando a completa igualdade de acesso. No entanto, o acesso à justiça é diferente, desde o perfil que busca o recurso da justiça, até as causas julgadas. Há diferenças no tratamento de causas individuais e coletivas, bem como no objeto do litígio, considerando o jogo de interesses, e também a estrutura cultural, econômica e social.

O acesso à justiça, principalmente pelos mais vulnerabilizados, no campo social, sobretudo na saúde, ainda é muito tímido, pois por vezes esse público não se reconhece como sujeitos de direitos que são capazes de buscar a efetivação de políticas públicas e sociais pela via judicial.

O baixo nível econômico e educacional dos litigantes impossibilita a busca e/ou continuação com a causa judicial. Essas condições mostram a necessidade de auxílio de um profissional despido de preconceitos. É preciso considerar seus aspectos singulares e particulares na busca pela eficiência da justiça. Cumpre ressaltar que a justiça é aplicada às pessoas que vivem em uma totalidade social complexa. O advogado e as instituições paralelas ao sistema de justiça como a Defensoria Pública e o Ministério Público, por exemplo, são essenciais para decifrar as leis e escolher o melhor caminho a ser tomado na busca pelo direito em si.

A discussão sobre o acesso à justiça deve superar a simplicidade. Não é apenas ter o acesso para ajuizar uma demanda; é possibilitar, inclusive para as classes subalternas, a compreensão do que buscar e para quê buscar, tanto do direito como do acesso ao direito. É fundamental que o profissional encoraje e potencialize o seu cliente a lutar por uma sociedade mais justa e igualitária, reconhecendo-o como sujeito e também como beneficiário de outros direitos, tais como os direitos difusos (CAPPELLETTI, 1988).

Uma das principais formas para ampliar o acesso à justiça, é a educação para direitos, o que pode funcionar por meio da resolução de conflitos, a fim de capacitar toda sociedade para o mundo jurídico legal. Nessa capacitação, inclui-se tanto os operadores do direito, como todos os cidadãos, independentemente de formação. Quanto maior o conhecimento e a informação, maior é a possibilidade de negociação, e maior é a possibilidade de os próprios indivíduos buscarem caminhos para resolução dos seus conflitos, bem como fortalecer a relação entre sociedade e administração pública. (VITOVSKY, 2017). Já para Santos (2007, pp.17-18)

A Constituição Federal de 1988, símbolo da redemocratização brasileira, foi responsável pela ampliação do rol de direitos, não só civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, como também dos chamados direitos de terceira geração: meio ambiente qualidade de vida e direitos do consumidor.

É por meio das promessas constitucionais, que as pessoas têm buscado cada vez mais os tribunais na resolução do seu conflito com Estado. A consciência de seus direitos, é base para o acesso à justiça, para a avaliação e implementação das políticas sociais, e no dizer mais amplo, é a regra de sobrevivência dentro de uma sociedade desigual como o Brasil. A participação social também é essencial para o acesso à justiça. Os movimentos sociais que antecederam à redemocratização no Brasil fizeram com que os direitos, antes negados, fizessem parte do cerne da CF de 1988.

O protagonismo social revela se uma sociedade é democrática ou não, e o acesso à justiça revela se as pessoas estão, ou não, obtendo o direito. Mesmo que o número de processos concernentes à saúde seja alto, ainda predominam os do setor privado, conforme descrito no Relatório Analítico Propositivo Justiça Pesquisa - Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução (INSPER, 2019). O Plano e Seguro de saúde são discutidos na 1ª instância representando 51,5% e na 2ª instância representam 48,2%. Isso evidencia que o acesso à justiça no âmbito da saúde ainda é elitizado. A busca de classes menos favorecidas, parte quando profissionais de outras áreas, como a da saúde, orientam a sociedade na busca do acesso ao direito.

1.2 O Direito à Saúde enquanto princípio constitucional

A saúde está estabelecida em seis importantes artigos da Constituição Federal de 1988, sendo estes: 6º, 196, 197, 198, 199 a 200. Todos esses artigos constitucionais obrigam o Estado a oferecer serviços de saúde dignos e com qualidade, a partir de ações de promoção, prevenção e educação em saúde (CARLOS NETO, 2017). Além de considerar esses artigos, o desafio está em efetivar os direitos sociais, sobretudo com destaque para a saúde, pois é preciso questionar os princípios do SUS. Portanto, é importante pensar que integralidade é essa? E a universalidade? Nesse contexto, considera-se o direito fundamental à vida.

No Brasil, há uma luta política constante para a melhoria de condições de saúde, e assistência médica integral e farmacêutica. Há de se considerar as determinações sociais envolvidas no processo de saúde-doença-cuidado, em vista da desigualdade existente. Aquele que pode pagar, consegue ter acesso aos melhores serviços de saúde, e também da justiça, pois numa ação judicial, o Estado é chamado a custear, também, tratamentos de planos de saúde privado, sob o princípio da universalidade visto que este princípio não considera os critérios econômicos.

A realidade nos mostra que é necessário superar o mínimo oferecido para atenção à saúde. Faz-se necessário cuidar das ações sanitárias, como também da disponibilidade do avanço em tecnologias, para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma mais igualitária. Na arena da política de saúde, há diversos conflitos de interesses, envolvendo aspectos econômicos e políticos, resultando na crise da saúde pública. De um lado, os defensores dos princípios do SUS, e do outro, a busca pela privatização dos serviços de saúde pública, influenciados pelo neoliberalismo (OCKE-REIS,2012).

Mesmo a saúde sendo um direito social, afirmado na Constituição Federal de 1988, o acesso a tais serviços vem sendo construído a partir de muita luta e representação popular na organização do financiamento do SUS. Existe um racionamento importante dessa política, pois ações em saúde acontecem de forma fragmentada, e/ou conforme vão aparecendo demandas emergenciais. Desse modo, observa-se que mesmo passados mais de 30 anos dessa política, a universalização do acesso não se concluiu, pois não consegue atender a todos de forma igualitária (OCKE-REIS,2012).

O SUS, que é universal e possuidor de uma política nacional em todos os estados brasileiros, deveria ter seus serviços estruturados de forma igualitária em todo o país, considerando as especificidades das populações regionais, o que deve ser tomado como uma política de Estado e não de governo.

No entanto, há uma discrepância muito grande na oferta de serviços essenciais, conforme cada região. A efetividade da política de saúde depende muito do gestor local, por isso na prática, existem alguns estados que oferecem serviços em uma condição melhor do que os outros. A igualdade e a equidade, são a base da universalidade. Por essa razão, a forma como a política de saúde é executada, contribui ou não, no seu fortalecimento, como destaca Ocke-Reis (2012, p. 23):

Apesar de a Constituição do Brasil designar que a assistência à saúde é um direito social e que os recursos devem ser alocados com base na necessidade de utilização e não pela capacidade de pagamento, parte dos cidadãos pode ser coberta por planos privados de saúde, e ao mesmo tempo, utilizar os serviços de SUS, resultando na dupla cobertura para aqueles que podem pagar ou podem ser financiados pelos empregadores: trabalhadores de média e altas rendas, executivos ou funcionários públicos.

O Estado homologou o direito à saúde, admitindo-se a luta social para essa conquista. No entanto, não induziu a democratização dos serviços de saúde, ou seja, há uma continuidade dos profissionais, usuários e instituições, na luta pela efetividade da política de saúde, de forma ininterrupta.

A luta pelo direito à saúde ainda é fragmentada, onde cada um, ou cada instituição, se permeia pelas suas particularidades. Não é uma luta voltada para a atenção integral e efetiva de assistência à todas as pessoas e, essa visão limitada da política de saúde, por parte da sociedade, é que enfraquece a efetividade do SUS.

Outro fator que enfraquece o SUS é a criação de planos privados, com assistência médica e odontológica, voltados para a classe média, e também, a brecha na Constituição Federal em seu artigo 199, aduzindo que os serviços privados de saúde podem participar do SUS, de forma complementar. O distanciamento das pessoas do SUS, faz com que essas não lutem por ele, ampliando a imagem negativa disseminada pela mídia na sociedade. Há de se considerar aqui, os serviços de oncologia, por exemplo, que são majoritariamente custeados pelo SUS, devido ao alto custo do tratamento.

O financiamento da política de saúde, foi criado pela Constituição Federal de 1988, com o Orçamento da Seguridade Social (OSS). Este orçamento custeia a política de saúde, previdência social e assistência social, sendo financiado por toda sociedade (empresas e empregadores). O OSS indica 30% dos tributos para a saúde, no entanto, justificada pelas longas crises econômicas, essa porcentagem vem sendo cada vez mais reduzida. A atual política fiscal restringe o gasto com a saúde pública no Brasil, bloqueando o aumento de despesas na saúde por 20 anos, sob a afirmativa de controle indiscriminado de gastos (OCKE-REIS, 2012).

A visão reduzida da saúde pública é desfavorável para a luta de sua emancipação, refletindo-se nos casos em que os gestores da política de saúde, ao compreenderem que as doenças graves limitam as pessoas, dão mais atenção às políticas públicas que visam ações curativas do que às que se relacionam com as doenças crônicas não transmissíveis. Essas, apesar do alto

índice, são de fácil tratamento. Isso evidencia serviços de saúde pública, voltados para atender as demandas da economia e do mercado de trabalho, sob uma lógica neoliberal.

O ideal orçamentário para a política de saúde pública, é que ela passe por constantes avaliações, e que nessas avaliações sejam consideradas a realidade prática, e a participação social, mediada pelos conselhos e conferências de saúde.

É importante salientar aqui, a necessidade de avaliar os protocolos de tratamento definidos pelos SUS, para verificar a sua eficácia e efetividade, bem como para a inclusão de novas tecnologias/terapias na abordagem de uma dada determinada doença. A política de saúde não deve ser definida apenas a partir de determinações econômicas, pois se assim o for, a vida estará tendo preço, diga-se de passagem, limitado por classe social, o que é inconstitucional pelo ordenamento jurídico brasileiro.

É importante considerar, no processo de judicialização, o lado mercadológico da saúde, lucros e benefícios que o capital obtém, com altos custos dos tratamentos, ou não tratamentos, e com as doenças. Ladeira (2018), na análise da Política de Saúde contemporânea, considera que o Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), que abrange o conjunto de setores liderados pela indústria farmacêutica, se encontra articulado com os prestadores de serviços de saúde, em toda a extensão de sua cadeia produtiva.

Para a compreensão da postura ética e política, é necessário um olhar crítico das exigências do capital na área da saúde, considerando a mercantilização da saúde como uma estratégia de valorização do capital nesse campo, o que acaba por comprometer as possibilidades de direcionamento das políticas em questão, de acordo com as necessidades sociais (LADEIRA, 2018).

Os avanços nas tecnologias em saúde no Brasil crescem, sobretudo, com o apoio e o custeio do Estado, mas o produto final não chega ao usuário do SUS de uma forma fácil. Para requisição de um tratamento de primeira linha³, o usuário deve ter utilizado o mínimo ofertado pelo SUS, e ter atestado pelo seu médico a não eficácia do mesmo, ou que o tempo de adaptação não afetou diretamente na qualidade de vida, e no tratamento desse usuário.

O processo de desresponsabilização do Estado para com a política de saúde se fortaleceu em 2010, com criação da EBSEH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares⁴ Em 2016, a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional - PEC n° 95, que restringe o aumento de

3 Nome dado a tratamentos com os melhores medicamentos e por isso custo muito alto. Normalmente produtos importados ou que apenas um laboratório produz, permitindo que não se use a licitação para o custeio.

4 A estrutura da EBSEH (empresa pública, com personalidade jurídica de direito privado, e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, responsável por fazer a gestão administrativa dos recursos humanos dos hospitais públicos federais do país). e suas finalidades explicitam que ela é uma empresa pública com fins lucrativos que irá apropriar-se de todo patrimônio físico e conhecimento de um hospital universitário, alijando as universidades federais de sua gestão. Essas, ao decidirem aderir a EBSEH, renunciam ao controle dos hospitais em troca de recursos públicos e contratação pessoal fora do Regime Jurídico Único- RJU, para salvar os hospitais universitários. Foi a pressão das condições da crise financeira e de pessoal que levou os 37 hospitais universitários, de um total de 50 existentes no país, a aderirem a EBSEH e hoje serem geridos por ela. *In*: DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, nov. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 mar. 2020. p.34

gastos com setor de saúde por 20 anos, confronta a realidade dos serviços de saúde pública, que a cada ano aumenta mais seus gastos, devido às demandas que ocorrem advindas das transformações societárias.

A dificuldade de acesso do usuário, em razão do excesso de burocracia, e políticas internas, ferem os princípios da universalidade e integralidade do SUS, além de representar, para os profissionais de saúde, perda e flexibilização dos seus direitos, tais como a reforma da previdência, desvalorização salarial, desmoralização da sua função e submissão às formas de gestão privada, representando uma estratégia do capital, uma vez que a área da saúde é um setor público gerando riqueza (DRUCK, 2016). Além disso, Cislighi (2018, p. 24) destaca que:

A agenda conservadora atual, que aprofundou sua extensão e a velocidade de sua execução no governo usurpador de Temer, pode trazer consequências ainda mais nefastas para a precarização das relações de trabalho no SUS. Duas leis, em particular, apontam o caminho, ao derruir as prerrogativas do contrato por CLT, que já é um retrocesso em relação à estabilidade do Regime Jurídico Único- RJU, e mais ainda ao horizonte original de um plano de carreira nacional para os trabalhadores do SUS. A primeira delas é a Lei das Terceirizações nº 13 429 de 2017. Essa lei generaliza o modelo, permitindo que todas as atividades possam ser terceirizadas, inclusive aquelas consideradas atividades fim das instituições. A terceirização aumenta o desemprego e a exploração dos trabalhadores.

Essa “terceirização da saúde”⁵ se torna uma atração para as empresas do setor de saúde privado, que se expandem e começam a tratar as pessoas por casos clínicos, ou seja, recebe a medicação necessária, aquele usuário que é de interesse para indústria farmacêutica. A não oferta dos serviços de saúde por instituições estatais, faz com que a prestação de serviços públicos, pelo setor de saúde privado, se amplie. (LADEIRA, 2018)

O Projeto Reforma Sanitária, concretizado pelo SUS, fica ameaçado a partir dos anos 1990, com criação da política de ajustes, que tem como tendência a contenção dos gastos, com racionalização da oferta e a descentralização da isenção de responsabilidade do Estado. Nessa lógica, o Estado garante o mínimo para quem não pode pagar, e aos “cidadãos consumidores”, incentiva a aquisição de serviços de saúde dos setores privados, materializados pelos planos de saúde. Dessa forma, questiona-se o a universalidade dos serviços de saúde pública, e tem-se o papel do Estado redirecionado pela Política de Ajuste Neoliberal, conforme destaca Dias (2016, p. 221):

Este é um cenário em que cada vez fica mais clara a transformação do SUS em um Sistema Nacional de Saúde totalmente dependente do setor privado, onde as áreas que interessam ao capital são entregues e seguem a lógica do mercado, auferindo lucros enormes aos grupos econômicos que fazem da doença um grande negócio, restringindo as ações públicas estatais a práticas de cuidados focalistas, revestidas de um assistencialismo de baixa

5 A terceirização da saúde foi possível a partir da Lei nº 13.249 de 2017 representa concessão, permissão, parcerias, cooperativas, organizações não governamentais(ONGs), OSs e organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips) atuar no serviços públicos de saúde. Ibidem.

qualidade, voltados a grupos e regiões menos favorecidas e sem a garantia de acesso a todos os níveis de assistência, rebaixando a pauta da saúde a uma lógica que nega a determinação social do processo saúde-doença.

Nesse sentido, a área da saúde pública, atualmente, tem sob sua disputa três projetos: 1) o projeto reforma sanitária, movimento da década de 1970-1980, que defende a ampliação dos serviços de saúde pública, o investimento no setor, e a valorização dos profissionais de saúde; 2) o projeto de reforma sanitária flexível, que adequa a gestão aos princípios econômicos e 3) o projeto privatista, que prevê o livre mercado, ou seja, a mercantilização da vida (DIAS, 2016).

Nesses 32 anos de SUS assistimos, de um lado, as conquistas de um sistema público que gera saúde, cura e previne, bem como relatos de experiências onde o SUS é efetivo, como exemplo, a proteção vacinal do nosso país, transplante de órgãos e tratamento para pessoas com HIV.

Por outro lado, a corrente neoliberal, de cunho político e econômico, lutando pela sua desestruturação e privatização, sob fundamento de que o Estado não consegue atender toda a demanda advinda da área da saúde, como bem esclarece Matos (2014, p. 27):

Desde a implementação, o SUS vem enfrentando desafios para sua materialização. Ainda assim, é uma realidade, parcial, para a população usuária de seus serviços. As ações de governos que sucessivamente descaracterizam o SUS, aliadas a uma política de expansão do capital na área da saúde, vem criando uma forte expressão ideológica da impossibilidade do SUS se concretizar nas suas diferentes leis que o regulamentam.

É importante considerar nessa afirmativa, a relevância do SUS para a sociedade e para a manutenção da vida, principalmente, as conquistas já alcançadas e sua visibilidade no mundo, por oferecer tratamento de alto custo, como transplantes àqueles que precisam, ainda que de forma mínima.

Algumas discussões distorcidas da verdadeira importância do SUS vêm do não contato com a realidade desse sistema, ou com as conquistas positivas dele. A mídia publica diariamente notícias que fazem a população desacreditar de sua eficácia, ressaltando as amplas filas, a demora no atendimento, a não oferta de serviços e o alto custo das tecnologias em saúde, esquecendo-se de apontar a responsabilidade do Estado no que pode ser feito para a melhoria desse quadro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história nos mostra que o direito à saúde foi uma conquista coletiva envolvendo diversos atores da sociedade. Atualmente, é necessário a volta desses atuantes, na reforma sanitária e na luta pela manutenção desse sistema. Por isso, é essencial a abordagem do SUS na formação de todos os profissionais que atuam nele, para que essa luta seja coletiva e que a sociedade tenha um acesso efetivo às verdadeiras informações da importância desse modelo de saúde pública.

A realidade nos mostra ainda que, desde implementação do direito à saúde em 1988 existe uma contracorrente, na luta pela desconstrução do SUS, a partir de ideários econômicos e capitalistas, numa perspectiva neoliberal da saúde pública.

O sistema de justiça tem sido a única saída para casos emergentes de saúde, pois a negação do acesso aos serviços de saúde é recorrente. Por isso é essencial preservar o mínimo existencial para a sobrevivência, bem como assistência especializada nos casos de solicitação de exames, medicamentos e outros insumos que envolvem o cuidado em saúde. O SUS não é prioridade na agenda pública, e por isso sofre ataques contínuos, fundamentados na ideologia neoliberal. Dentre os principais ataques, está a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que congela o orçamento da saúde por 20 anos, resultando também na não consolidação do sistema.

Todo esse legado e história permitem compreender que o SUS foi feito para os brasileiros. A partir desse reconhecimento, enquanto direito, tem-se buscado a justiça para sua efetivação. Infelizmente, o Brasil segue o ideário de sistema capitalista, reformulando a partir das políticas públicas o neoliberalismo, ou seja, o próprio Estado reformula as suas leis e a direciona para o desenvolvimento econômico.

O SUS é um sistema de saúde de interesse econômico para os serviços privados dessa área, dentre eles, a indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares, operadoras de planos de saúde, empresas de publicidade e outros. Isso resulta nos impasses para o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento, e na ineficácia do Estado, como também da justiça, pois em alguns casos, nem o direito de acesso a ela é alcançado, justificado para manutenção de um equilíbrio e harmonia econômica (PAIM,2018).

O enfraquecimento do SUS, a consciência por parte dos usuários dos seus direitos e como acessá-los, a constante atualizações das tecnologias em saúde representam o aumento da busca pela judicialização da saúde pois, a partir do reconhecimento dela como direito, por parte dos usuários, e socialização dos profissionais de saúde, é que existe a busca pela manutenção da vida pela via judicial.

O excesso de processos judiciais envolvendo a política de saúde pública, não tem impactado na reformulação da política e/ou na melhoria dos serviços de saúde. A judicialização tem sido essencial na realização e efetivação de um trabalho voltado ao acesso à justiça e à saúde.

REFERÊNCIAS:

- ASENSI, F. D. Indo além da judicialização: O Ministério Público e a saúde no Brasil / Felipe Asensi. — Rio de Janeiro: **Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas**, Centro de Justiça e Sociedade, 2010.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 20 set. 2018.
- CAPPELLETTI, M. **Acesso à justiça**. Porto Alegre, Fabris, 1988.
- CARLOS NETO, D. **Judicialização da Saúde Pública**: Uma análise contextualizada. Editora Motres: Porto Velho- RO. 2017
- CARVALHO, M.L. **Juiz e a democracia**: o guardião das promessas. Rio de Janeiro: Revan 1999.
- CISLAGHI, J.F. Privatização da gestão na saúde e precarização do trabalho no Brasil. In: **Serviço Social e Política de Saúde**: ensaios sobre o trabalho e formação de profissionais. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2018.

- DIAS, M.J.S. Políticas Pública de Saúde: impasses e perspectivas à universalização do atendimento: Entrevista especial com a Maria Inês Souza Bravo. **Rev. Políticas Públicas**, São Luís, v. 20, n 1, p.221-231, jan./jun. 2016.
- DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, nov. 2016 . Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfK75czCSqYzjhRgk/?lang=pt>> . Acesso em 05 mar. 2020
- GARAPON, A. **O juiz e a democracia: o guardião das promessas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Revan, 1999.
- INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA (INSPER). *Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução*. Relatório Analítico Propositivo, Justiça Pesquisa. Conselho Nacional de Justiça, 2019. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>> Acesso em 10 mar. 2021.
- JUNQUEIRA, E.B. Acesso à justiça: um olhar retrospectivo. **Revista Estudos Históricos**, n 18, 1996. Disponível em <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/issue/view/284>> Acesso em 20 set. 2018
- LADEIRA, S.C.G. **Requisições do capital no complexo econômico- industrial da saúde no Brasil**. In: Serviço Social e Política de Saúde: ensaios sobre o trabalho e formação de profissionais. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018
- LAURIS, Ê. **Acesso para quem precisa, justiça para quem luta, direito para quem conhece. Dinâmicas de colonialidade e narra(alterna)tivas do acesso à justiça no Brasil e em Portugal**. Tese de Doutorado - Coimbra: Universidade de Coimbra, 2013.
- MATOS, M. C. Nos rastros dos acontecimentos: a política de saúde no Brasil. In: **Política de Saúde hoje: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais**. Campinas- SP: Papel Social, 2014
- MIRANDA, A.A; BELINE; S. A influência dos Movimentos Sociais para a consolidação do acesso à justiça no Brasil: um estudo de caso Movimento Nacional de Luta contra Aids. **Revista de Movimentos Sociais e Conflitos**. Curitiba. v. 2 . n. 2 . p. 1 – 22. Jul/Dez. 2016 Disponível em: <<https://indexlaw.org/index.php/revistamovimentosociais/article/view/1513>> Acesso em 02 dez. 2020.
- OCKE-REIS, C.O. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012
- PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1723-1728, Junho 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 de fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.
- SADEK, M. T. A. Acesso à justiça: um direito e seus obstáculos. **Revista USP**, [S. l.], n. 101, p. 55-66, 2014. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.v0i101p55-66. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/87814>. Acesso em 9 fev. 2021.
- SANTOS, B. S. **Para uma revolução democrática da justiça**. São Paulo: Cortez, 2007.
- SANTOS, B. S. Introdução à sociologia da administração da justiça. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 21, novembro de 1986.
- SOUSA JUNIOR, J.G. Por uma concepção alargada de acesso à justiça. **Revista Jur. Brasilia**, v 10, n 90, Ed. Esp, p. 01-14. Abri/maio, 2008. Disponível em: <www.planalto.gov.br/revista_juridica>. Acesso em 25 mar 2018.
- VITOVSKY, V. S. O acesso à justiça em Boaventura de Sousa Santos. *Revista Interdisciplinar de Direito*, [S.l.], v. 13, n. 1, ago. 2017. ISSN 2447-4290. Disponível em: <<http://revistas.faa.edu.br/index.php/FDV/article/view/68>>. Acesso em 08 mai. 2020

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E QUESTÃO SOCIAL

Fernanda de Oliveira Sarreta
Renan de Moraes Martins

INTRODUÇÃO

De acordo com a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), considera-se população em situação de rua (PSR)

[...] o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009, p.1).

Dessa maneira, o fenômeno População em Situação de Rua (PSR) constitui-se enquanto uma refração radicalizada da questão social¹ imanente à dinâmica de organização, produção e reprodução das sociedades capitalistas, ou seja, trata-se de uma problemática decorrente da própria gênese do sistema socioeconômico vigente e das contradições existentes nas relações entre capital e trabalho. Sob tal perspectiva, o referido fenômeno

1 Neste estudo usaremos a concepção de “questão social” que a define como sendo “as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e da repressão. Requer, no seu enfrentamento, a prevalência das necessidades da coletividade dos trabalhadores, o chamamento à responsabilidade do Estado e afirmação de políticas sociais de caráter universais, voltadas aos interesses das grandes maiorias, condensando um processo histórico de lutas pela democratização da economia política, da cultura na construção da esfera pública” (Iamamoto; Carvalho, 1983, p.77).

[...] vincula-se à estrutura da sociedade capitalista e possui uma multiplicidade de fatores de natureza imediata que o determinam. Na contemporaneidade, constitui uma expressão radical da questão social, localiza-se nos grandes centros urbanos, sendo que as pessoas por ele atingidas são estigmatizadas e enfrentam o preconceito como marca do grau de dignidade e valor moral atribuído pela sociedade. É um fenômeno que tem características gerais, porém possui particularidades vinculadas ao território em que se manifesta. No Brasil, essas particularidades são bem definidas. Há uma tendência à naturalização do fenômeno, que no país se faz acompanhada da quase inexistência de dados e informações científicas sobre o mesmo e da inexistência de políticas públicas para enfrentá-lo (Silva, 2006, p.95).

[...] é consequência de diversos condicionantes, como: fatores estruturais – ausência de moradia, trabalho e renda; fatores biográficos relacionados à vida particular do indivíduo – por exemplo, a quebra de vínculos familiares, doenças mentais e uso abusivo de álcool ou drogas; e fatos da natureza [...] (Lopes *apud* Brasil, 2014, p.8).

Desse modo, para compreender um fenômeno social multideterminado e complexo como este, a partir de uma óptica histórica, materialista e crítico-dialética, que consiga superar a sua aparência imediata e desvele a sua essência, faz-se necessário tecer breves reflexões sobre os elementos constitutivos da chamada questão social, suas múltiplas expressões e as medidas tomadas pelo Estado diante desse cenário de contradições no bojo do capitalismo. Nesse sentido, Santos (2012, p. 26) afirma que:

[...] a gênese da questão social é explicada pelo processo de acumulação ou reprodução ampliada do capital. Esse processo remete à incorporação permanente de inovações tecnológicas pelos capitalistas, tendo em vista o aumento da produtividade do trabalho social e a diminuição do tempo de trabalho socialmente necessário à produção de mercadorias. Essa tendência, por sua vez, produz um movimento simultâneo de aumento do capital constante e diminuição do capital variável, que corresponde à força de trabalho.

Isto posto, concordamos que a PSR, enquanto expressão aguda da questão social, encontra-se na fração do proletariado a qual Marx (2013) denominou de “superpopulação relativa”, “população excedente” ou “exército industrial de reserva”

O modo de produção especificamente capitalista, o desenvolvimento a ele correspondente da força produtiva do trabalho e a alteração que esse desenvolvimento ocasiona na composição orgânica do capital não se limitam a acompanhar o ritmo do progresso da acumulação ou o crescimento da riqueza social. [...] Dessa maneira (GRIFO), a lei de população é peculiar ao modo de produção capitalista, tal como, de fato, cada modo de produção particular na história tem suas leis de população particulares, historicamente válidas. [...] Se uma população trabalhadora excedente é um produto necessário da acumulação capitalista, e até mesmo numa condição

de existência do modo de produção capitalista. Ela constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se ele o tivesse criado por sua própria conta. Ela fornece a suas necessidades variáveis de valorização o material humano sempre pronto para ser explorado (Marx, 2013, p.706-707).

Nesse mesmo caminho, Silva (2009, p. 97) sublinha que, “A reprodução do fenômeno população em situação de rua vincula-se ao processo de acumulação do capital, no contexto da produção contínua de uma superpopulação relativa, excedente à capacidade de absorção pelo capitalismo”.

Marx (2013) ainda diferencia a superpopulação relativa em três conformações: flutuante - aqueles/as trabalhadores/as que ora são dispensados, ora atraídos novamente para o mercado de trabalho; latente - parte da população do campo que migra para os centros urbanos; e parte do campesinato que permanece trabalhando no campo, mas com salário reduzido); estagnada - composta pela camada do proletariado que encontra-se ativa no mercado de trabalho, porém com empregos “irregulares”, ou melhor, desregulamentados; trabalhando muito e recebendo pouco.

Mais adiante, o autor cita a existência de outro sedimento que, de acordo com ele, é o “mais baixo da superpopulação relativa e reside no campo do pauperismo. Abstraindo dos vagabundos, delinquentes, prostitutas, em suma, do lumpemproletariado propriamente dito.” (Marx, 2013, p.719). E complementa afirmando que há, no interior desse sedimento, três categorias: “aqueles/as trabalhadores/as ‘aptos/as ao trabalho’; ‘os/as órfãos/as e os/as filhos/as de indigentes’; e, por fim, os/as degradado/as, maltrapilho/as, incapacitados/as para o trabalho”. (Marx, 2013, p.719). Essas análises são de fundamental relevância para refletirmos acerca do fenômeno população em situação de rua na contemporaneidade, apreendendo-o, conforme expresso inicialmente, enquanto fruto da própria forma de ser e de existir do capitalismo. De modo que este último busca, ininterruptamente, através de seus dirigentes, a dilatação da lucratividade.

Em relação ao cenário brasileiro, os levantamentos elaborados sobre a população em situação de rua no país - Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b); Pesquisa Censitária da População em Situação de Rua da cidade de São Paulo (QUALITEST, 2019); Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil (2012-2022 - IPEA) (Natalino, 2023); Censo Suas 2022 (BRASIL, 2023a); bem como os dados angariados a partir dos registros oficiais disponíveis do Cadastro Único para Programas do Governo Federal na plataforma ECAD -, mostraram-se cruciais e possibilitaram-nos dimensionar, ainda que parcialmente, a brutalização da vida que o sistema socioeconômico vigente desempenha contra a PSR. Além disso, cristalizam o aumento substancial de pessoas em situação de rua no país.

Apesar de algumas revisões de literatura identificarem um aumento significativo de estudos sobre condições e práticas de saúde vinculadas à PSR (Oliveira, 2018); estigma e exclusão social (Hallais; Barros, 2015); dependência química (Luchenski, et al., 2018), nota-se a pouquidade de materiais sobre intersectorialidade e políticas públicas voltadas para esse grupo populacional (Paiva et al., 2016).

Destaca-se que a ausência informações, pesquisas e debates científicos e sociais sobre o tema é um reflexo da tendência de naturalização do fenômeno, que no Brasil é acompanhada por parcas políticas sociais. Assim, a PNPSR discorre sobre a necessidade de incentivar

pesquisas e produções sobre as temáticas que envolvem a PSR: “incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento” (BRASIL, 2009, p.2).

Considerando a realidade apresentada, os percalços socialmente impostos que enfrentam cotidianamente, e os desafios postos no campo das políticas públicas e sociais em tempos de acirramento da luta de classes no interior do capitalismo dependente tupiniquim, o presente artigo tem como propósito analisar o fenômeno população em situação de rua enquanto uma refração radical da questão social no capitalismo dependente brasileiro.

1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL A PARTIR DA PESQUISA NACIONAL SOBRE A PSR

Com o intuito de atender demandas oriundas dos movimentos sociais representativos e ampliar o debate acerca da temática População em Situação de Rua, além de angariar informações relevantes sobre a realidade do grupo, com vistas à formulação de políticas públicas, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) realizou, entre agosto de 2007 e março de 2008, o 1º Censo e a 1ª Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. A pesquisa foi realizada em 71 cidades brasileiras, sendo 23 capitais (suprimindo algumas que já haviam feito levantamentos desta natureza - São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre e Recife), além de 48 municípios com população superior a 300 mil habitantes (BRASIL, 2008). Embora traga números bastante alarmantes, a Pesquisa Nacional não retrata a realidade da população em situação de rua de maneira ampla, pois não abarca crianças e adolescentes que vivem em situação de rua; e, também, não foi realizada em todos os municípios brasileiros. Ou seja, o que temos é apenas uma pequena amostra de um fenômeno que possui proporções ainda maiores. Ainda assim, a pesquisa é um mecanismo extremamente relevante para que seja possível refletir e criar estratégias voltadas à PSR.

À época, a pesquisa constatou que existiam 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil (BRASIL, 2008). Deste total: dois quintos (40,1%) habitavam municípios com mais de 900 mil habitantes, mais de três quartos (77,02%) habitavam municípios de grande porte, com mais de 100 mil habitantes; nos 3.919 municípios com até 10 mil habitantes habitam 6.757 pessoas em situação de rua (6,63% do total). No que tange ao perfil, a pesquisa mostra que 80% eram do sexo masculino, 39,1% se declararam pardos, 29,5% brancos e 27,9% pretos, o que já evidencia que o fenômeno da população em situação de rua está diretamente relacionado com a questão racial no Brasil, o racismo estrutural e a forma como se processou a abolição no país.

Em relação ao nível de escolaridade, 63,5% não concluíram o primeiro grau, 17,1% não sabiam ler e escrever, 8,3% apenas sabiam assinar o próprio nome, 95% não estudam atualmente e 3,8% afirmaram estar fazendo algum curso. Os principais motivos pelos/as entrevistados/as se referem a problemas de alcoolismo e/ou outras drogas (35,5%); desemprego (29,8%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%). Como visto anteriormente, o fenômeno população em situação de rua é multideterminado. A pesquisa confirmou essa afirmação,

demonstrando as inúmeras razões que levam sujeitos de diversas idades, gêneros, raça/etnia e localidades a estarem em situação de rua. Por vezes esses motivos se correlacionam. Portanto, não devem ser compreendidos de maneira isolada. Além disso, 46,5% dos entrevistados afirmaram preferir dormir na rua, enquanto 43,8% afirmaram preferir dormir em albergues. Verificamos aqui uma grave constatação. Quais os motivos que levam os sujeitos em situação de rua a preferir dormir na rua em vez de pernoitar em albergues e/ou outros espaços institucionalizados? As instituições de acolhimento à PSR oferecem condições básicas para a permanência desses sujeitos?

Em relação ao trabalho e renda, 70,9% afirmaram para os pesquisadores exercer alguma atividade remunerada e 58% ter alguma profissão. Destacam-se as atividades de catador de materiais recicláveis (27,5%), “flanelinha” (14,1%), trabalhos na construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Apenas 15,7% afirmaram pedir dinheiro como principal meio para subsistência, enquanto apenas 1,9% dos entrevistados afirmaram estar trabalhando com carteira assinada. Verificamos aqui uma espécie de “desmistificação” em relação à PSR, historicamente tratados como “vagabundos” ou “pedintes”, os números mostram que a maioria dos sujeitos em situação de rua exercem algum tipo de trabalho cotidianamente. Entretanto, tais trabalhos não são regulamentados por leis trabalhistas e, portanto, carecem de direitos elementares.

No que tange à alimentação, 79,6% dos entrevistados afirmaram que consegue fazer ao menos uma refeição diariamente e 19% não conseguem se alimentar todos os dias. Em relação às questões de higiene, 32,6% disseram utilizar a rua para tomar banho, 31,4%, albergues/abrigos, 14,2% banheiros públicos e 5,2% casa de parentes ou amigos; em relação às necessidades fisiológicas, os principais locais utilizados são: a rua (32,5%), os albergues/abrigos (25,2%), os banheiros públicos (21,3%), os estabelecimentos comerciais (9,4%) e a casa de parentes ou amigos (2,7%).

Em relação às discriminações sofridas, a pesquisa mostrou que 18,4% das pessoas em situação de rua entrevistadas já foram impedidas de receber atendimento na rede de saúde, 29,8% já foram impedidos de entrar em transporte coletivo, 31,3% já foram impedidos de entrar em shopping center, 31,8% já foram impedidos de entrar em outros estabelecimentos comerciais, 21,7% já foram impedidos de entrar em órgãos públicos, 26,7% já foram impedidos de entrar em bancos e 13,9% já foram impedidos de tirar documentos.

Cerca de 30% dos entrevistados relatam ter algum problema de saúde, sendo os mais citados: hipertensão (10,1%), sofrimento psíquico (6,1%), diabetes (5,4%) e HIV/AIDS (5,1%). Esses números são extremamente graves, pois estão acima da média da população brasileira em geral – como é o caso da prevalência de HIV/AIDS entre os entrevistados (5,1%). A Unaid (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), estima prevalência de 0,6% para a população brasileira, por exemplo. Estes dados expressam as condições drásticas de saúde/vida desses sujeitos, e evidenciam a realidade de violação de direitos da PSR.

Vale destacar que a vivência na rua maximiza a exposição a riscos de doenças, violências, ingestão de água contaminados, variações climáticas extremas. Assim, enfrentam frequentemente impedimentos como: problemas nos pés, infecções, tuberculose, doenças crônicas e a saúde bucal (BRASIL, 2012). Essa população também apresenta alta prevalência de transtornos mentais tornando-se, também, um desafio para a rede de atenção psicossocial (HECKERT; SILVA, 2002).

Entre os benefícios e/ou programas governamentais recebidos pelos entrevistados, destacaram-se: aposentadoria (3,2%), Programa Bolsa Família (2,3%) e o Benefício de Prestação Continuada - BPC (1,3%). 88,5% não recebem qualquer benefício do Estado. Os jovens de 18 a 24 anos são os que menos recebem (92,6%). Entre aqueles com 55 anos ou mais, 73,6% não recebem. No que tange à organização política, apenas 2,9% confirmaram participar de algum movimento social ou associação; e 61,6% não votam por ausência de título de eleitor.

Os números obtidos por meio da Pesquisa Nacional refletem as contradições inerentes ao sistema socioeconômico vigente e suas reverberações que atingem de forma ainda mais radical a PSR – sobretudo os/as negros/as – e expressam a urgência em buscar a real efetivação de ações que visem à ampliação da garantia de direitos basilares. Trata-se de um fenômeno fruto da contradição entre capital e trabalho, que deve ser compreendido e enfrentado enquanto caso de saúde pública. Apesar de alguns avanços no campo das políticas sociais voltadas à PSR, conforme enunciado na Política Nacional, no Programa Consultório na Rua (PCR) e em outras normativas, as quais foram aprovadas após o reconhecimento da Assistência Social como política pública no Brasil, vale ressaltar que ações de natureza focalizadas e residuais não surtirão efeitos práticos emancipatórios.

A própria PNPSR, em seu capítulo 7º, ao tratar dos objetivos da referida política, elucida a importância de se “[...] garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua” (BRASIL, 2009, p.2), a fim de garantir uma prática intersetorial e consistente que resulte em práticas satisfatórias considerando a complexidade do fenômeno.

2. QUESTÃO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL

Mencionamos anteriormente que o fenômeno População em Situação de Rua se constitui enquanto uma refração radicalizada da questão social imanente à dinâmica da sociedade capitalista. Sendo assim, torna-se necessária uma breve retomada de alguns marcos históricos relacionados à política social e à questão social a nível “global” e “local” para contextualizar e possibilitar a articulação entre estas e a PSR.

Historicamente, as políticas sociais são formas que o Estado elabora para “amenizar” os conflitos existentes entre as duas classes fundamentais (classe trabalhadora e burguesia), frente ao aprofundamento das expressões da questão social.

Apesar de não ser possível afirmar com rigor o período exato do surgimento das políticas sociais, é sabido que elas têm sua gênese diretamente ligada à ascensão do capitalismo na época da Revolução Industrial, por meio das lutas de classe e conseqüente mediação do Estado nesse processo (Behring; Boschetti, 2007, p. 47).

Alguns estudiosos relacionam sua origem à mobilização de movimentos socialdemocratas e ao surgimento dos Estados-nação europeus ocidentais do final do século XIX. Entretanto, a expansão das mesmas ocorre massivamente no processo de transição entre o capitalismo concorrencial para o monopolista após a Segunda Guerra Mundial (Behring; Boschetti, 2007). Cabe recuperarmos, que antes disso, as sociedades pré-capitalistas executavam algumas ações sociais com o intuito de preservar a ordem social vigente de forma punitiva e culpabilizadora. O “público-alvo” dessas ações eram os chamados “desocupados”, “vagabundos” e “indigentes”.

Com o avanço do capitalismo e da industrialização nos países europeus e consequente extinção das restritas medidas de proteção social, os trabalhadores foram destituídos de direitos, fazendo com que o fenômeno do pauperismo se acentuasse. De acordo com Marx apud Behring e Boschetti (2007), as lutas pela jornada “normal de trabalho” foram as impulsoras no processo de criação de novas regulamentações sociais e trabalhistas efetuadas pelo Estado burguês, como forma de enfrentar as expressões da questão social que se expandiram nos países industrializados.

Apesar de ganhos minimalistas, insuficientes e repletos de contradições, pode-se constatar a ligação direta entre a ampliação da luta de classes e a questão social da época. Por meio de tensionamentos efetuados pelos/as operários/as, deu-se início ao que Behring e Boschetti (2007) acreditam ser as mediações precursoras entre Estado e a classe trabalhadora, o que mais tarde acarretaria na expansão das políticas sociais viabilizadoras de direitos até a década de 1930. Nesse sentido, vale ressaltar que o movimento operário da época teve papel central no processo de enfrentamento e luta pela maximização de direitos e acesso às políticas sociais que viriam a ser implementadas pelo Estado.

A partir da ascensão do ideário liberal na Europa, o qual pregava a mínima intervenção estatal no campo das relações de trabalho e atendimento às demandas sociais da classe trabalhadora - além de tratar os direitos de forma individualizada e fragmentada - as demandas da classe operária eram atendidas de forma tímida e parcial. A raiz da questão social, portanto, não era alterada (Behring; Boschetti, 2007).

As autoras supracitadas afirmam que ao longo do XIX até a terceira década do século XX, houve um avanço abissal do liberalismo, que tinha como base de sustentação a lógica de compreensão do trabalho como mercadoria, tendo como “regulador central” o livre mercado. Esta lógica, defendida principalmente por David Ricardo e Adam Smith, tende a individualizar questões estruturais da sociabilidade humana - como é o caso do trabalho. Segundo estes, os sujeitos históricos podem agir de maneira coletiva, mas de acordo com os seus próprios interesses econômicos e, ainda assim, o bem-estar coletivo seria assegurado. O mercado livre seria o responsável por regular as relações econômicas e sociais e ao Estado restaria apenas a função de criar as bases legais para que o mercado pudesse ampliar a sua liberdade e influência direta nas relações sociais e econômicas.

Diante de uma nova dinâmica social, fruto dos desdobramentos ocorridos sobretudo após a experiência bismarckiana e o fim das duas Guerras Mundiais, o grande capital se viu na necessidade de criar mecanismos de valorização do capital e criação de um novo regime de acumulação e regulação social. Ou seja, durante as duas grandes Guerras (1914-1918 e 1939-1945), o capital passou por um período de forte recessão econômica, com constantes quedas nas taxas de lucros, inflação elevada, PIB irrisório, altas taxas de desemprego, etc. Em meio a

isso, Faleiros (2011) chama a atenção para a ascensão da Revolução Russa (1917) e a decorrente Guerra Fria, a qual dividiu o mundo em dois grandes “blocos”².

Já no final da Segunda Guerra Mundial, estabeleceram-se acordos e foram criadas agências internacionais que ficariam responsáveis por direcionar a “nova ordem mundial”. São exemplos: o Sistema de Bretton Woods; a Organização das Nações Unidas (ONU); o Plano Marshall; a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE); a Organização dos Estados Americanos (OEA); o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID); a Aliança para o Progresso; a Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN) e o Pacto de Varsóvia.

Foram marcos históricos dessa época, as guerras ocorridas na Coreia (1950-1953); no Vietnã (1962-1975); no Afeganistão (1979-1989), a Revolução Cubana (1959); a construção do Muro de Berlim; a construção do movimento dos países não alinhados (composto por países da América Latina, África e Ásia) - que acabaram se alinhando aos EUA, além de constantes tensionamentos entre os dois blocos, liderados respectivamente pela União Soviética e EUA.

Diante de um mar de contradições ocasionadas pelas mudanças estruturais supracitadas, o imperialismo vê-se forçado a alterar algumas funções do Estado, de modo a garantir as condições gerais para o pleno funcionamento e desenvolvimento da dinâmica capitalista global. Para tanto, obriga o Estado a tomar a frente de questões vinculadas à economia direta e indireta para assegurar os superlucros dos monopólios, incluindo nesse bojo algumas demandas populares. “Num marco democrático, para servir ao monopólio o Estado deve incorporar outros interesses sociais; ele não pode ser, simplesmente, um instrumento de coerção - deve desenvolver mecanismos de coesão social” (Netto; Braz, 2012, p.217).

Tais demandas não foram incorporadas de maneira “natural”; pelo contrário - foram fruto de embates e mobilizações potentes liderados pela classe trabalhadora que, com fortes influências das ideias socialistas e democráticas, pressionava o Estado por mudanças na esfera dos direitos sociais. Mesmo que de forma tênue, o Estado começou a traçar medidas de proteção social, e abriu espaço para o que viria a se tornar o Estado de Bem-Estar Social em alguns países centrais. Sobre este período, Netto e Braz (2012, p. 218) afirmam que:

O empenho do Estado a serviço dos monopólios para legitimar-se é visível no seu reconhecimento dos direitos sociais - que, juntamente com os direitos civis e políticos, constituem a “cidadania moderna”. A consequência desse reconhecimento, resultado da pressão dos trabalhadores, foi a consolidação de políticas sociais e a ampliação da sua abrangência, na configuração de um conjunto de instituições que dariam forma aos vários modelos de Estado de Bem-Estar Social (Welfare State). [...] durante os “anos dourados”, o capitalismo monopolista vinculou o grande dinamismo econômico com a garantia de expressivos direitos sociais (ainda que

2 A Guerra Fria dividiu-se em dois blocos: o “bloco ocidental” (pró-capitalismo), composto por países da Oceania, da América do Sul e da América Central, exceção de Cuba, alguns países asiáticos e da Europa Ocidental. Esse bloco era liderado pelos EUA. O outro, o “bloco do Leste, era composto pela URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas) e aliados da parte leste e central europeia como Albânia, Romênia, Polônia, Hungria e Alemanha Oriental.

somente para os trabalhadores de alguns países imperialistas) - e o fez no marco de sociedades nas quais tinham vigência instituições políticas democráticas, respaldadas por ativa ação sindical e pela presença de partidos políticos de massas.

Desse modo, o Welfare State emerge a partir da necessidade de ampliação do conceito de seguridade social na Inglaterra, sobretudo com a influência do Plano Beveridge, no qual W. Beveridge apresenta críticas aos seguros sociais bismarckianos; propondo uma nova forma de organização para as políticas sociais. Segundo Mishra (ano, p. *apud* Behring; Boschetti 2007, p.94):

[...] os princípios que estruturam o Welfare State são aqueles apontados no Plano Beveridge: 1) responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos, por meio de um conjunto de ações em três direções: regulação da economia de mercado a fim de manter elevado nível de emprego; prestação pública de serviços sociais universais, como educação, segurança social, assistência médica e habitação; e um conjunto de serviços sociais pessoais; 2) universalidade dos serviços sociais; e 3) implantação de uma 'rede de segurança' de serviços de assistência social.

É importante ressaltarmos que, diferentemente do que houve na Europa, no Brasil o processo de transição e ascensão do capitalismo, e posterior criação de políticas sociais ocorreu tardiamente e de forma peculiar - por conta de sua formação sócio histórica ser distinta de outros países capitalistas centrais. Podemos afirmar que o país nunca vivenciou o aludido "Estado de Bem-Estar Social".

Sob forte influência da conjuntura internacional (de crise), o Brasil (imerso numa ditadura empresarial-militar (1964-1985) sangrenta, repressiva e autoritária que torturou, prendeu e matou diversos sujeitos; diante da crise econômica e política que se alastrava de maneira aterrorizante; e com o acirramento da luta de classes), o governo - com o intuito de garantir legitimidade e adesão popular - começa a expandir e "modernizar" as políticas sociais. Para ilustrar esse movimento histórico, Behring e Boschetti (2007, p.137) citam algumas ações desenvolvidas no referido período, a saber:

Unificação, uniformização e centralização da previdência social no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966 (...) a criação da Renda Mensal Vitalícia para os idosos pobres, no valor de meio salário mínimo para aqueles que tivessem contribuído ao menos um ano para a previdência; (...) o Instituto Nacional de Administração da Previdência Social (Inamps), entre outras instituições; e a criação do Banco Nacional de Habitação (BNH) - que tinha como estratégia central impulsionar a economia por meio do desenvolvimento da construção civil e consequente criação de moradias populares.

Concomitantemente, o Estado abria brechas para a participação direta da iniciativa privada em várias instâncias: saúde, previdência e educação, por exemplo. Ou seja, ao mesmo tempo em que ampliava as políticas sociais e atendia à algumas necessidades da classe

trabalhadora - ainda que de maneira residual, restrita, parca e setorializada -, fortalecia a elite empresarial do país. É por isso que as autoras referenciadas afirmam que uma das características mais marcantes do período ditatorial, no campo das políticas sociais, é o seu caráter dual e contraditório de acesso.

Apesar de assegurar importantes avanços para os trabalhadores, o “capitalismo progressista” não durou muito tempo: em meados de 1970 ele entrou em colapso. A partir daí, a burguesia monopolista começou a delinear mecanismos de reorganização que acarretou o solapamento das conquistas sociais obtidas ao longo dos anos anteriores. Após intensa mobilização, organização e luta de diversos setores da classe trabalhadora brasileira desde o período da ditadura militar, nasce a Constituição Federal de 1988 (CF).

Naquele momento, deu-se início no Brasil a um importante processo histórico de construção de um sistema de proteção social, a fim de assegurar direitos humanos e sociais como responsabilidade pública e estatal. Dessa maneira, as diversas necessidades da população brasileira, de âmbito individual e coletivo entraram definitivamente na agenda de responsabilidades dos entes públicos/estatais.

A partir da CF ficou definido que Assistência Social e Saúde devem ser compreendidas enquanto políticas públicas de direitos - não contributivas - integrantes do Sistema de Seguridade Social, ao lado da Previdência Social, articulando-se com diversas outras políticas sociais voltadas à garantia e promoção da cidadania constituindo, assim, um amplo sistema de proteção social. Podemos afirmar que, com a Assistência Social e a Saúde como políticas públicas, dever do Estado e direito da população, houve um rompimento de alguns paradigmas e visões relacionadas ao assistencialismo e à benevolência no Brasil, ainda que de maneira débil.

A partir desse movimento histórico e impulsionadas pelas lutas dos movimentos sociais, diversas políticas sociais foram planejadas, formuladas e implementadas. Destacam-se, por exemplo, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Ademais, inúmeras demandas populares contidas nos projetos de reforma sanitária e psiquiátrica.

Contudo, em que pese esses avanços, a partir dos anos 1990, o ideário neoliberal ganha força e avança na contramão da perspectiva inscrita na CF. Nessa perspectiva, Navarro (ano, p. apud Behring e Boschetti, 2007, p.126), sustenta que os neoliberais acreditam que

[...] a intervenção estatal na regulação das relações de trabalho também é negativa, pois impede o crescimento econômico e a criação de empregos.
[...] a proteção garantida pelo Estado social, por meio de políticas redistributivas, é pernicioso para o desenvolvimento econômico, pois aumenta o consumo e diminui a poupança da população.

A partir dessa lógica, as políticas sociais acabam sendo aplicadas de maneira restritiva, seletiva e focalizada, nos termos de Behring e Boschetti (2007), perdendo, assim, seu antigo caráter amplo e universal que permitiu a ampliação do Welfare State. O avanço do projeto neoliberal no Brasil refletiu diretamente nas contrarreformas no âmbito das políticas sociais: ampliando o desemprego estrutural, a retirada de direitos sociais e trabalhistas através de emendas constitucionais e conseqüente agudização do pauperismo, e o aumento exponencial da população em situação de rua. Tais contrarreformas foram aprofundadas intensamente pelos dois governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998; 1999-2002), processo que

ampliou os espaços privados no país, de modo a encolher os espaços públicos e reduzir ainda mais os direitos sociais conquistados com a Constituição de 1988.

Com a chegada de Luís Inácio Lula da Silva, que governou o país de 2003 a 2011 e, posteriormente, com a vitória de sua sucessora, a ex-ministra da Casa Civil Dilma Roussef, esperava-se uma guinada à esquerda - com a implementação de políticas sociais universalizantes e mudanças estruturais historicamente demandadas pela classe trabalhadora - mas mudanças operadas pelos três governos petistas se deram por intermédio da lógica do ideário neoliberal, de forma limitada e antirrevolucionária.

Com a consolidação do golpe parlamentar em 2016, Michel Temer (vice de Dilma) assumiu a presidência e deu continuidade, agora de forma ainda mais grave e radical, ao processo de retrocesso social, político e econômico. Após um período eleitoral conturbado em 2018 - que teve, entre outros fatos, a decretação da prisão do ex-presidente Lula-, o candidato do Partido Social Liberal, Jair Bolsonaro, se consolidou vencedor. Com a vitória eleitoral do militar reformado de extrema-direita, o qual (des)governou o país por longos quatro anos (2019-2022), acentuou-se a avalanche de retrocessos, em todas as dimensões da vida social, conforme veremos mais adiante.

3. RESPOSTAS DO ESTADO FRENTE ÀS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Até a década de 1980, o Estado não se responsabilizou em criar estratégias de assistência e atenção à PSR; esta ficava na dependência de trabalhos realizados por instituições sociais e religiosas. Tais trabalhos restringiam-se às ações de caráter caridosos, estigmatizantes e higienistas.

Assim, ao passo que o processo de solapamento dos direitos sociais e consequente agravamento das expressões da questão social intensificavam-se pelo país, expandia-se a organização política da PSR a nível nacional, sobretudo após inúmeros episódios de truculência e violação de direitos. Destaca-se a criação e ampliação do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), o movimento é fruto do processo de indignação, revolta e necessidade de organização estratégica da PSR, a fim de garantir, ampliar e coletivizar suas demandas e necessidades. Nesse sentido, compreendemos o MNPR como um marco histórico de altíssima relevância, pois se trata do primeiro movimento de alcance nacional organizado a partir da base e voltado à PSR.

Após muita mobilização e resistência do MNPR, garantiu a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), em 2009, e diversas outras conquistas posteriores (ROSA; SANTANA, 2018). Tal Política tem como objetivos (BRASIL, 2008, p.14):

I - assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda;

II - garantir a formação e capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua;

III - instituir a contagem oficial da população em situação de rua;

IV - produzir, sistematizar e disseminar dados e indicadores sociais, econômicos e culturais sobre a rede existente de cobertura de serviços públicos à população em situação de rua;

V - desenvolver ações educativas permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética e solidariedade entre a população em situação de rua e os demais grupos sociais, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos;

VI - incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento;

VII - implantar centros de defesa dos direitos humanos para a população em situação de rua;

VIII - incentivar a criação, divulgação e disponibilização de canais de comunicação para o recebimento de denúncias de violência contra a população em situação de rua, bem como de sugestões para o aperfeiçoamento e melhoria das políticas públicas voltadas para este segmento;

IX - proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, na forma da legislação específica;

X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços;

XI - adotar padrão básico de qualidade, segurança e conforto na estruturação e reestruturação dos serviços de acolhimento temporários, de acordo com o disposto no art. 8º;

XII - implementar centros de referência especializados para atendimento da população em situação de rua, no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social;

XIII - implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua à alimentação, com qualidade; e

XIV - disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho.

Outro marco fundamental para o avanço da rede de atenção à população em situação de rua foi o Programa Consultório na Rua, instituído pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, com a finalidade de atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde

da população em situação de rua, visando ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde. Tal estratégia se efetiva pelas equipes de Consultórios na Rua, as quais prevê-se a possibilidade de algumas configurações de equipe com os seguintes profissionais: enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional de educação física e profissional com formação em arte e educação.

A partir da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), aprovada em 2003, diversas outras normativas voltadas à população em situação de rua foram aprovadas. Entre elas, podemos citar a Lei 11.258, aprovada em dezembro de 2005, que altera a LOAS no que se refere à inclusão da obrigatoriedade da formulação de programas de amparo à PCR. Em 12 de dezembro de 2006, o MDS lança a Portaria n. 381, que prevê o cofinanciamento de serviços continuados de acolhimento institucional para população de rua, com municípios com mais de 250 mil habitantes.

Entre 2007 e 2008, o MDS elabora a Pesquisa Nacional para População em Situação de Rua e, em 2009, promulga-se a Lei 7053 de 23 de dezembro de 2009, instituindo a Política Nacional para População em Situação de Rua. A Instrução Operacional conjunta – SNAS e SENARC Nº 07, data de 22 de novembro de 2010 – e reúne orientações aos municípios e Distrito Federal para a inclusão de pessoas em situação de rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Portaria Nº 843, de 28 de dezembro de 2010 – Dispõe sobre o cofinanciamento federal dos serviços socioassistenciais ofertados pelos CREAS e pelos Centros Pop e dá outras providências. Portaria 139/2012: Dispõe sobre parâmetros para o cofinanciamento federal para oferta de serviços socioassistenciais pelo Centro POP.

Apesar de importantes no campo da garantia de direitos sociais, tais medidas (elaboradas durante os governos do Partido dos Trabalhadores) ainda são frágeis, pois não atingem a raiz da questão: o modo de produção capitalista e seus mecanismos de exploração, que atingem ainda mais intensamente as camadas pauperizadas da sociedade de classes.

Durante os três anos do governo golpista de Michel Temer e os quatro anos do governo presidencial de extrema-direita liderado por Bolsonaro, tendo Paulo Guedes como um de seus mentores, o que se viu foi justamente a continuidade e o alargamento da violência, de pessoas em situação de rua, do pauperismo, da insegurança alimentar, da compra de armas por civis, de ataques aos povos indígenas e às mulheres, do crescimento de casos de feminicídio, lgbtphobia e racismo.

Aliado a isso, as negligências durante a pandemia, além das contrarreformas da previdência social (EC nº 103/2019) e trabalhista (Lei nº 13467/2017) e de alterações recentes que flexibilizam ainda mais as relações de trabalho, permitindo a terceirização de áreas antes proibidas (Lei nº 13.429/2017 – conhecida como Lei da Terceirização), ataques contínuos à Política de Assistência Social (via desfinanciamento e criação, por exemplo, do Programa Criança Feliz), do incentivo ao trabalho voluntário durante a pandemia (vide Lei nº 14.370/ 2022), o adensamento de políticas públicas focalizadas, minimalistas e descentralizadas.

A conjuntura nacional dos últimos sete anos foi dramática, principalmente no decurso da pandemia de Covid-19 - o que, evidentemente, causou sérios danos para PSR. Historicamente marginalizada e estigmatizada socialmente, a referida população se viu vultuosamente exposta aos riscos do vírus, tendo em vista a ausência de condições objetivas e materiais mínimas de dignidade e proteção: moradia, emprego, renda, alimentação, acesso à saúde, educação, assistência social, proteção à maternidade e à infância e demais direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, podemos dizer que enquanto estivermos submersos na lama germinada pela lógica do capital, continuaremos degustando os amargos e sangrentos efeitos do neoliberalismo. Nesse rumo, a temática trabalhada mostra-se cada vez mais necessária na contemporaneidade. Os dados aqui reunidos estampam a gritante desigualdade social brasileira e o vácuo estatal.

Outro gargalo, identificado ao longo do estudo diz respeito à necessidade de articulação intersetorial e o fortalecimento dos movimentos organizados que lutam por melhores condições de existência, como o MNPSR. Diante de tantas problemáticas, ensaja-se que este material sirva de suporte e alavanque novas reflexões acerca da PSR que, conforme vimos, constitui-se enquanto grave manifestação da questão social. E mais: que valha para pensar-mos e repensarmos nossas táticas e estratégias profissionais – sem desconsiderar seus limites enquanto profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho.

No mais, almeja-se que este funcione como uma espécie de instrumento crítico-reflexivo que, apesar de inconcluso do ponto de vista histórico e teórico-metodológico – dado o dinamismo inerente à realidade social –, buscou denunciar explicitamente como a PSR foi e permanece sendo afetada na sociedade de classes.

Por fim, espera-se que o presente estudo também possa contribuir com futuras elaborações teórico-práticas que objetivem (a curto prazo) a ampliação dos direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora no plano jurídico-político e, a médio prazo, o aniquilamento do atual modo de produção predatório.

REFERÊNCIAS

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

BRASIL. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 6 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: MS, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em: 6 mar. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008. Disponível em: <http://projektorua.gempe.com.br/wp-content/uploads/2013/06/Pol%C3%ADtica-nacional-para-inclus%C3%A3o-social-da-popula%C3%A7%C3%A3o-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-rua.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2021.

FALEIROS, V. P. O que Serviço Social quer dizer. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.108, p.748-761, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/qB4rCg7QcST6DJGn-Zwhv3RS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2023.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1457-1504, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MDJ4Q8zJvCTWDHktRGyTwzC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2023.

HECKERT, U.; SILVA, J. M. F. Psicoses esquizofrênicas entre a população de rua. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 14-19, 2002.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1983.

LUCHENSKI, S.; MAGUIRE, N.; ALDRIDGE, R. W.; HAYWARD, A.; STORY, A.; PERRI, P.; WITHERS, J.; CLINT, S.; FITZPATRICK, S.; HEWETT, N. What works in inclusion health: overview of effective interventions for marginalised and excluded populations. **Lancet**, [s.l.], v. 391, n. 10117, p. 266-280, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29137868/>. Acesso em: 08 set. 2023.

MARX, K. **O Capital**: Crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital. Tradução: Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política**: uma introdução crítica. 8. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2012.

OLIVEIRA, R. G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 37-50, 2018.

PAIVA, I. K. S.; LIRA, C. D. G.; JUSTINO, J. M. R.; MIRANDA, M. G. O.; SARAIVA. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016.

ROSA, A. S.; SANTANA, C. L. A. Consultório na rua como boa prática em saúde coletiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 1, p. 501-502, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/DVHCqDsj8PhCnYK76kXnGSt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 8 mar. 2021.

SANTOS, J. S. **“Questão Social”**: particularidades no Brasil. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, M. L. L. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005**. 2006. 220f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2006. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1763/1/2006_Maria%20Lucia%20Lopes%20da%20Silva.pdf. Acesso em: 10 mar. 2021.

SILVA, M. L. L. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.



POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Laís Caroline Neves

INTRODUÇÃO

As discussões apresentadas neste estudo advêm de um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado: “População em Situação de Rua e o direito à saúde: uma análise sobre o Consultório na Rua no município de Franca/SP”, realizado no contexto do curso de Mestrado em Serviço Social do Programa de Pós-graduação da UNESP- Franca.

A análise acerca dessa população, no contexto atual, demanda reflexões sobre o cenário de Pandemia da COVID-19 e os rebatimentos na saúde daqueles que vivenciam a condição de rua.

Sabe-se que a vulnerabilidade da dinâmica de vida nas ruas tem o potencial de conduzir ao adoecimento físico e/ou psíquico, para a autora Escorel (2009) a condição de saúde das pessoas em situação de rua tanto pode ser consequência da própria situação de rua, quanto pode ser a razão que conduziu a vivência nas ruas, ou seja, a rua pode tanto agravar doenças pré-existentes ou provocar adoecimento, devido ao potencial insalubre e degradante de ter que utilizar as vias públicas como espaço de sobrevivência.

Considerando a saúde mental como objeto de análise, é importante pontuar que a situação de rua, pressupõe viver momentos de tensão, inseguranças, incertezas, que impactam na saúde mental dos sujeitos (Carvalho e Santana, 2016). Desse modo, parte-se do pressuposto que a pandemia e as inúmeras incertezas que perpassam essa realidade trazem consequências à saúde mental dos indivíduos, sobretudo, àqueles mais expostos às situações de vulnerabilidade social.

As particularidades vivenciadas por essa população demandam políticas públicas que ofereçam o suporte adequado, a partir das ações de promoção e prevenção da saúde, nesse sentido, é importante destacar o Consultório na Rua, enquanto serviço que compõe a Rede de Atenção Básica e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seu potencial de desenvolver ações de articulação intra e intersetoriais a possibilitar o acesso da População em Situação de Rua à política de Saúde.

O presente trabalho em um primeiro momento apresenta uma breve caracterização da população em situação de rua, enquanto expressão radical da questão social. O segundo momento, discute como as determinações sociais se apresentam no contexto atual da Pandemia da COVID-19 e os rebatimentos na saúde, sobretudo na saúde mental. E o terceiro aponta as contribuições e potencialidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no cuidado e atenção a essa população, bem como os desafios à efetivação da política de saúde, em um momento de recrudescimento da agenda neoliberal associada à crise sanitária atual.

1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.

Os fundamentos desse fenômeno não se expressam a partir de um único determinante, contudo “a história revela que as causas estruturais vinculam-se a estrutura da sociedade capitalista, sua produção e reprodução têm bases nos processos imanentes à acumulação do capital” (Silva, 2009, p.106).

A Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPR), instituída pelo Decreto 7.053/2009 descreve as pessoas em situação de rua como:

[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional ou regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (DECRETO n° 7053/2009, art. 1°, Parágrafo Único).

De acordo com o caderno de orientações técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Brasil, 2011c) existem várias formas de inserção na dinâmica das ruas, que podem ser observadas em seus aspectos transitórios ou permanentes. As situações transitórias dizem respeito a fatores como o desemprego, ou de possíveis conflitos familiares, a pessoa pernoita alguns dias na rua, mas ainda preserva uma rede de apoio a qual pode recorrer.

Em situações permanentes, a pessoa já está na rua há algum tempo e na convivência com outras pessoas na mesma situação o indivíduo constrói novas redes de relações e a rede construída passa a ser uma referência progressiva para o sujeito, que tem nas ruas seu espaço de relações pessoais.

No Brasil, há uma ausência de dados sistemáticos e de estudos e pesquisas recentes sobre o perfil e o número de pessoas em situação de rua no país. É importante pontuar que a primeira Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua foi publicada em 2009, resultado do I Censo realizado entre os anos 2007 e 2008.

A publicação do I Censo e da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (2009) representou a repercussão das demandas da sociedade civil, sobretudo dos movimentos sociais, com destaque ao Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), a pesquisa

permitiu maior visibilidade e atenção do poder público, e por outro lado, possibilitou o levantamento de dados para subsidiar a formulação de políticas públicas.

Neste Censo (2007/2008) foram identificadas 31.922 pessoas em situação de rua, distribuídas nas 71 cidades em que o levantamento foi conduzido, incluindo 23 capitais (foram excluídos da pesquisa, São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre, pois estas cidades já contavam naquele momento com levantamentos semelhantes) e outras 48 cidades foram incluídas com população superior a 300 mil habitantes (Brasil, 2009a).

Somando os dados do contingente de pessoas em situação de rua da pesquisa nacional, com as pesquisas municipais realizadas em São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre foram reconhecidas aproximadamente (50.000) pessoas em situação de rua. Contudo, faz-se necessário salientar que esse quantitativo não expressou de fato o total de pessoas em situação de rua, uma vez que a pesquisa nacional não englobou as crianças e os adolescentes e não alcançou a totalidade dos municípios brasileiros (Brasil, 2011c, p. 26).

Considerando as características sociodemográficas observadas no Censo (2007/8) é notável a predominância do sexo masculino (82%) e feminino (18%). A distribuição da população em raça/cor, de todos os entrevistados (39,1%) se auto declararam pardos, (29,5%) se declararam brancos, e (27,9%) negros. Observou-se que a proporção de pardos somados a negros é consideravelmente maior (67%) (Brasil, 2009a).

É necessário tecer a crítica a respeito da ausência de dados atualizados sobre o perfil dessa população a nível nacional, o que se torna um obstáculo para a consolidação e planejamento de políticas públicas voltadas a esse segmento.

Foi publicada uma estimativa da População em Situação de Rua no Brasil de (setembro de 2012 a março de 2020), a partir de dados obtidos pelo Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único) e do Censo SUAS, em setembro/2012 a população estimada no Brasil era de (92.515) pessoas, já em março/2020 era de (221.869), apresentando um crescimento de (140%) (Natalino, 2020).

Conforme a análise de Natalino (2020) esse crescimento decorre da crise econômica atual, que resulta em aumento dos índices de desemprego e pobreza, e é nesse cenário que a pandemia da COVID-19 se apresenta como um desafio. O autor reforça que o cenário pandêmico trouxe a perda de renda do trabalho para uma larga parcela da população o que pressupõe a tendência de agravar o fenômeno população em situação de rua.

2. POLÍTICA DE SAÚDE E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.

A Política de Saúde foi objeto de lei específica, com regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº8080/1990, que trouxe uma concepção ampliada de saúde, considerada em articulação com os aspectos sociais, como descreve o Art. 3º, com redação alterada pela Lei nº 12.864/2013.

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a

alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 2013).

Tendo em vista essa concepção ampliada de saúde, acredita-se que as formas de inserção dos indivíduos nessa sociedade, o acesso que têm aos direitos sociais, a forma como se inserem no mercado de trabalho são fatores que influenciam na saúde física, mental e na qualidade de vida dos sujeitos.

Como já referido o ambiente insalubre das ruas tem rebatimentos na saúde da população. O I Censo Nacional da População em Situação de Rua demonstrou essa realidade, cerca de (30%) dos entrevistados relataram ter algum problema de saúde, dentre os principais: cardíacos (13,6%), transtornos mentais (9,6%), endócrinos (5,4%) e HIV/AIDS (5,1%). Os dados apontam que a proporção de indivíduos com problemas de saúde é superior na população em situação de rua, quando comparado à população geral (Brasil, 2009a).

Considerando a Saúde mental, as autoras Carvalho e Santana (2016), analisam que a condição de rua é fator de alto risco para o desenvolvimento de sofrimentos mentais e para o uso abusivo de substâncias psicoativas. Dessa forma, é necessário considerar as determinações sociais e a intrínseca relação com a saúde mental.

Baixo nível socioeconômico, baixo nível educacional, desemprego, falta de suporte social e de moradia adequada estão associados a uma maior frequência de transtornos mentais. Portanto, pessoas em situação de rua apresentam alto risco de desenvolverem transtornos mentais (CARVALHO, 2016, p.65).

Essas determinações sociais tomam contornos particulares na pandemia da COVID-19. O avanço da pandemia apresenta-se como um eminente desafio tanto para a população em situação de rua, quanto para as políticas orientadas a esse segmento. Silva, Natalino e Pinheiro (2020) apontam que além dos riscos inerentes ao contágio pelo potencial do vírus, as medidas sanitárias recomendadas: isolamento, distanciamento e higienização, se distanciam da realidade dos sujeitos que vivenciam a condição de rua.

Dada às particularidades dessa realidade, é importante ressaltar a defesa por políticas específicas e serviços especializados de atenção e cuidado a essa população.

A autora Escorel (2009) analisa a partir dos dados do I Censo da População em Situação de Rua (2007/2008) como historicamente essa população sofre os processos de exclusão social, dos entrevistados (18%) relataram que em algum momento já foram impedidos de utilizar serviços da rede pública de saúde.

Essa mesma pesquisa evidenciou a falta de acesso dessa população a ações de prevenção e promoção da saúde, quando questionado sobre quais serviços as pessoas em situação de rua procuravam quando doentes, 43,8% responderam o hospital/emergência. Em segundo lugar, 27,4% o posto de saúde, desse modo depreende-se que a porta de entrada da política de saúde que é a Atenção Básica, nem sempre esteve com as portas abertas para a população em situação de rua, principalmente por conta da territorialização que acompanha essa política (Brasil, 2009a).

Cabe destacar que as políticas voltadas especificamente para as pessoas em situação de rua, são frutos da luta dos movimentos sociais, com destaque para o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR).

No âmbito da Saúde uma atenção voltada especificamente para essa população foi regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que são os Consultórios na Rua (CnaR), serviço que compõe a Atenção Básica, com o objetivo de atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua.

Conforme Aguiar, Meireles, Rebelo, et.al. (2019) as pessoas que vivenciam a situação de rua estão naturalmente mais suscetíveis à infecção. A vulnerabilidade social a que estão expostos com dificuldades já conhecidas como o acesso aos serviços de saúde e aos demais direitos sociais é possível depreender que a pandemia da COVID-19 se tornou mais um dos intensos desafios dessa população.

Conforme a cartilha publicada pela Fundação Oswaldo Cruz (2020, p.2) intitulada “Recomendações para os Consultórios na Rua e a Rede de Serviços que atuam junto com a População em Situação de Rua”, principalmente, neste contexto de pandemia, as equipes de Consultório na Rua são essenciais na construção de estratégias de assistência e cuidado a essa população, pois, as equipes assumem o protagonismo nas ações de saúde e na articulação com os demais serviços da rede, por meio de ações intra e intersetoriais.

3. POTENCIALIDADES DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DESAFIOS AOS SERVIÇOS NA CONJUNTURA DA CRISE SANITÁRIA.

A população em situação de rua em sofrimento psíquico lida duplamente com os estigmas e preconceitos, que perpassam essa realidade e demandam serviços de saúde específicos. Assim, é importante recuperar o processo de Reforma Psiquiátrica, que trouxe um novo direcionamento para o cuidado em Saúde Mental.

Na década 1970 este movimento, também vinculado ao momento histórico e principalmente ao movimento geral dos trabalhadores da Saúde que reivindicavam a Reforma Sanitária, teve uma forte influência de lideranças mundiais da psiquiatria, como o médico Franco Basaglia¹, que apontou como proposta, a partir de uma perspectiva crítica, a mudança do

1 Franco Basaglia, nasceu em Veneza na Itália em 11 de março de 1924 é considerado um dos maiores intelectuais italianos do pós-guerra, médico psiquiatra que nos finais dos anos 1960 iniciou uma luta incansável para uma nova perspectiva do cuidado em saúde mental, se posicionava contrário ao modelo asilar e manicomial, na busca pela desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, sua defesa estava em torno de uma psiquiatria democrática, que objetivava a construção de serviços substitutivos de saúde mental, concretizou tal experiência na cidade de Trieste, na Itália, enquanto diretor do Hospital Psiquiátrico San Giovanni. Essa concepção de saúde implementada por Basaglia teve reconhecimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), que passou referência para outros países. Basaglia faleceu em 30 de agosto de 1980 (SERAPIONI, 2019).

cuidado em Saúde Mental, denunciou a desumanização das pessoas que eram submetidos às instituições totais e eram objetos de violência institucional.

A autora Passos (2018) ressalta que Franco Basaglia considerava os manicômios como instituições da violência, que objetivavam controlar os corpos, os comportamentos e as subjetividades, como componente de um sistema hierárquico-punitivo, “essas instituições são úteis para a perpetuação e manutenção dos valores criados e determinados pela classe dominante” (Basaglia, 1985, apud Passos, 2018, p. 315).

No Brasil, uma das expressões da instituição da violência foi nomeada de “Holocausto Brasileiro” história contada pela autora Daniela Arbex (2013) que narra as atrocidades do Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, que abriu suas portas em 1903, se configurou como o maior Manicômio do país. A autora denuncia que a estimativa é de que 70% das pessoas internadas na instituição não sofriam de transtornos mentais.

[...] Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar (Arbex, 2013, p. 23).

A instituição ficou vigente até a década de 1980, durante esse período 60 mil pessoas perderam suas vidas, devido às condições insalubres e a violência a que cotidianamente eram submetidas. “Somente em 1980, quando os primeiros ventos da reforma psiquiátrica no Brasil começaram a soprar por lá, é que os gemidos do desengano foram sendo substituídos por alguma esperança” (Arbex, 2013, p. 24).

De acordo com Vasconcelos (2010) no Brasil, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, emergiu em conjunto com outros movimentos sociais populares em 1978, apresentavam como reivindicações: a humanização dos hospitais psiquiátricos; melhores condições de trabalho, expansão de serviços ambulatoriais de Saúde Mental, lutavam pela não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos e redução destes; esse movimento contribuiu para fortes denúncias de uma “indústria da loucura” em hospitais privados. Posteriormente, inspirados pelo movimento da Psiquiatria Democrática na Itália, avançaram nos objetivos a partir da Luta Antimanicomial e sustentaram a bandeira “Por uma Sociedade sem Manicômios”, em busca de serviços substitutivos para o cuidado em Saúde Mental.

Apesar de inspirada em modelos internacionais a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve suas particularidades, próprias de um país de capitalismo dependente. O marco histórico da luta antimanicomial e da transformação do cuidado em Saúde Mental foi em 1989, com o Projeto de Lei Paulo Delgado (PL 3657/1989) que apresentou como proposta a substituição gradativa dos manicômios.

A década de 1990 foi bastante significativa para o avanço dos serviços substitutivos, com a criação de leitos em hospitais gerais e a criação de hospitais-dia, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS), Centro de Atenção Diária (CAD) e Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental (CAIS) (Bisneto, 2007, p. 37).

Em 2001 o Projeto de Lei Paulo Delgado foi transformado na Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental (Brasil, 2001).

De forma complementar foi aprovada a Portaria nº 336, de 19/02/2002, que instituiu e regulamentou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de atenção diária, que funcionam de acordo com a lógica territorial. É possível afirmar que a Reforma Psiquiátrica tem como objetivo romper com a perspectiva do cuidado em Saúde Mental centrado na lógica da segregação e da separação dos considerados “doentes mentais” a um espaço delimitado, que os colocava como incapazes de partilharem suas vivências no meio social, para empreender uma nova concepção de cuidado correlacionada ao ambiente cultural e social do usuário.

A Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. O Art. 4º aponta os objetivos específicos da RAPS, dentre eles: “[...] I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas) [...]” (Brasil, 2011b).

As equipes de Consultório na Rua e os Centros de Atenção Psicossocial compõem a RAPS, ao lado de outros serviços da Atenção Básica e da rede de urgência e emergência. Assim, o Consultório na Rua articulado aos Centros de Atenção Psicossocial, tem a responsabilidade de ofertar cuidados em saúde mental, aos usuários de crack, álcool e outras drogas, a partir da perspectiva de redução de danos (Brasil, 2011b).

A redução de danos se integra a um conjunto de ações de saúde pública que visam reduzir os riscos sociais e de saúde decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Mesquita (2020) pontua que a primeira experiência no Brasil de Redução de Danos aconteceu em dezembro de 1989, no I Seminário Santista sobre Aids, que apresentou a proposta da troca de seringas para usuários de drogas injetáveis, que na época era principal causa de transmissão do HIV e Hepatite C.

A Portaria nº1028, de 01 de julho de 2005 traz que a redução de danos tem na “[...] informação, educação e aconselhamento o objetivo de estimular à adoção de comportamentos mais seguros no consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, e nas práticas sexuais de seus consumidores e parceiros sexuais” (Brasil, 2005). Além disso, a portaria assegura que aliada às orientações faz-se necessário realizar a distribuição de insumos (preservativos, água, cachimbos, etc.) para amenizar os riscos decorrentes do consumo de substâncias.

Nessa perspectiva que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Consultório na Rua atuam e especificamente, segundo Mesquita (2020) a maioria dos CAPS ad (álcool e drogas) seguem a lógica de Redução de Danos e oferecem o tratamento a partir da realidade dos usuários, difere dos modelos proibicionistas, ligados à abstinência, possibilitando a oferta de alternativas.

É necessário ressaltar a importância dos serviços substitutivos, mas também reconhecer seus limites, sobretudo, em um contexto de desmontes da Saúde pública. Conforme a autora Arbex (2013, p. 233) mesmo que se tenha construído um novo paradigma para a saúde mental a “loucura” ainda é justificativa para a manutenção da violência e da medicalização da vida.

Concepção também compartilhada por Passos (2018) mesmo com a mudança de perspectiva do cuidado em saúde mental “[...] ainda experimentamos inúmeros formatos e formas de apartheid social, expressas pela via da medicalização e patologização da vida, pela internação compulsória, pela esterilização coercitiva, pela higienização urbana [...]” (Passos, 2018, p. 13).

A crise sanitária, em decorrência da Pandemia da COVID-19 demanda um olhar ampliado para a Saúde Mental, haja vista que cenário tem um potencial de agravar transtornos mentais pré-existentes ou até mesmo de conduzir ao aparecimento de agravos à saúde mental.

Diversos estudos têm demonstrado os impactos da pandemia para a Saúde Mental. A médica psiquiatra Dra. Fernanda Benquerer Costa, vinculada à Universidade de Brasília (UNB) publicou uma nota informativa, que apontou os grupos populacionais mais expostos aos fatores estressantes gerados pela COVID-19, dentre eles estão às pessoas idosas, os profissionais de saúde e pessoas com transtornos mentais pré-existentes, incluindo usuários de substâncias psicoativas (Costa, 2020).

As medidas sanitárias necessárias no início da pandemia: distanciamento social, quarentena ou isolamento contribuíram para o agravamento do quadro de saúde mental, situações de medo e angústia frente às mortes de pessoas conhecidas, processo de luto, as populações vulneráveis economicamente ficaram submetidas a maior preocupação com a obtenção de alimentos, remédios ou suprimentos pessoais, medo de perder a fonte de renda, por não poder trabalhar, ou ser demitido (Costa, 2020).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2022) a pandemia desencadeou um aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo, esse dado chama a atenção para o quanto é necessário o investimento em políticas de Saúde Mental.

O aumento de problemas relacionados à saúde mental com a pandemia coincidiu com a restrição dos atendimentos, interrupção dos serviços, o que deixou lacunas enormes no que se refere ao cuidado em saúde mental. “os serviços para condições mentais, neurológicas e de uso de substâncias foram os mais interrompidos entre todos os serviços essenciais de saúde relatados pelos Estados Membros da OMS” (OPAS, 2022).

É fundamental apontar o debate central de que a crise sanitária não só evidenciou as expressões da questão social existentes, as vulnerabilidades sociais a que muitas pessoas estavam expostas, como a população em situação de rua, como também escancarou o desmonte das políticas sociais e dos serviços públicos.

O processo de produção e reprodução do capital, na busca incessante pela ampliação das taxas de lucro tem se desenvolvido em face da restrição dos direitos sociais, o que resulta em políticas públicas cada vez mais focalizadas em detrimento à perspectiva universalizante.

No que diz respeito à política econômica Mendes e Carnut (2018) tecem uma análise sobre a crise capitalista contemporânea e o subfinanciamento do SUS, com claros rebatimentos na política de saúde. Os autores trazem a reflexão sobre a crise estrutural do capital e a relação orgânica entre Estado e modo de produção capitalista, desse modo, parte do Fundo Público é direcionado para manutenção do processo de acumulação do capital.

O art. 195 da Constituição Federal de 1988 regulamenta uma base diversificada de financiamento da Seguridade Social, que foi pensada de modo a financiar um sistema de Seguridade Social, que contempla uma política universal (Saúde), contudo, de acordo com Salvador

(2020, p. 4) desde os anos 1994, grande parte dos recursos arrecadados é apropriada pela Desvinculação das Receitas da União (DRU), que, atualmente, desvincula 30% dos recursos destinados a Seguridade Social para o pagamento dos juros dos títulos da dívida pública. A diminuição dos recursos para as políticas sociais aprofunda a tendência de focalização e se contrapõe ao princípio da universalização.

No que diz respeito à aprovação, a partir do golpe de 2016, da Emenda Constitucional nº95/2016², Mendes e Carnut (2018) sustentam que essa medida significou a passagem do subfinanciamento para o desfinanciamento do SUS.

O recrudescimento do neoliberalismo, associada ao neoconservadorismo tem apresentado retrocessos às políticas de saúde e conseqüentemente à Saúde Mental. No dia 04 de fevereiro de 2019 foi publicada pelo Ministério da Saúde a Nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, denominada de “Nova Política Nacional de Saúde Mental” que é expressão do desmonte e do retrocesso dessa política ao arcaico, nela a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), incorpora os Hospitais Psiquiátricos, contrariando a Reforma Psiquiátrica que sustenta a implantação de leitos em Hospitais gerais, inclui também as Comunidades Terapêuticas, que em sua maioria derivam do terceiro setor e lidam com as questões advindas do uso de álcool e drogas na perspectiva proibicionista e de abstinência, a partir de um viés religioso procura contralar as subjetividades, tais instituições recebem financiamento do setor público, recursos que poderiam ser canalizados para as políticas públicas de saúde mental e de Redução de Danos.

O conjunto CFESS/CRESS publicou o manifesto “Nota pública do CFESS contra os novos ataques à Política de Saúde Mental”, sustentada na defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, sobretudo, salientando que o contexto de pandemia exige maior atenção às políticas de saúde mental, haja vista o agravamento dos sofrimentos psíquicos em tempos de pandemia. Reforça a defesa de serviços de saúde mental de base comunitária e reafirma um posicionamento contrário ao financiamento público para instituições privadas, na perspectiva de responsabilização do Estado na condução das políticas públicas. E, por fim, asseguram o compromisso ético-político dos assistentes sociais na defesa e cuidado em saúde mental tendo como norte a “liberdade como um valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes, a autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais” (CFESS, 2020).

Considerando as discussões suscitadas nesse item, é importante pontuar que diante de um cenário de barbárie torna-se imperativo aos assistentes sociais a defesa dos serviços de saúde mental, em tempos de tantos desafios: de desfinanciamento do SUS, de crise sanitária atrelada a crise estrutural do capital, de neoconservadorismo, é necessário aliar forças junto aos movimentos sociais na defesa pela efetivação da Reforma Psiquiátrica, e, para que as populações mais expostas às situações de vulnerabilidade social, como a População em Situação de Rua, possam ter acesso a serviços que considerem suas particularidades e, principalmente que ofereçam o cuidado em Saúde Mental de forma humanizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

2 Essa Emenda trouxe um novo regime fiscal no âmbito da União, com o objetivo de congelar gastos primários, a exemplo das políticas de saúde, educação, assistência social, por 20 anos (2016-2036), limitando as despesas ao que foi investido no ano anterior corrigido apenas pelas taxas de inflação.

Diante do contexto elucidado ao longo dessa reflexão evidencia-se a população em situação de rua como uma expressão da questão social, portanto essa população vivencia de modo particular as atrocidades da crise econômica e sanitária em curso, uma vez que o sistema político, social e econômico privilegia os lucros em detrimento da vida e da natureza.

A destrutividade das políticas sociais impactam principalmente os que têm no espaço da rua, a “moradia”, não por opção, pois, muitas vezes, a escolha é pré-determinada pelas condições estruturais objetivamente postas. São pessoas estigmatizadas e invisibilizadas que lutam diariamente pela sobrevivência e são alvos de repressões, criminalizações e violências.

O contexto contemporâneo de recrudescimento da política neoliberal, a precarização do mundo do trabalho, o subfinanciamento/desfinanciamento das políticas públicas, somados a conjuntura pandêmica apresentam inúmeros desafios à efetivação dos Projetos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, bem como ao princípio de universalização da política de Saúde, uma vez que a política econômica fortalece o projeto privatista.

Como já evidenciado existem algumas medidas que se tornam imperativas para amenizar os retrocessos nas políticas sociais e que conseqüentemente são necessárias na condução dos impactos da Pandemia da COVID-19, trata-se da revogação da EC nº95, o redirecionamento do Fundo Público para as políticas sociais e a utilização dos recursos da Seguridade Social para ampliar o financiamento do SUS.

É preponderante ressaltar que os limites das políticas sociais esbarram em fenômenos de ordem estrutural como: desemprego, ausência de moradia, má distribuição de renda. Reconhecer os avanços que a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR/2009) representa no sentido de dar visibilidade a esse segmento é necessário, mas não se deve ter a ingenuidade de acreditar que por si só é capaz de resolver questões geradas no interior da sociedade capitalista, o que pressupõe a superação desse sistema, cuja direção social é defendida no projeto ético político do Serviço Social, “construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero” (CFESS, 1993).

Essa direção tem respaldo na articulação com os movimentos sociais, a partir de constantes lutas em defesa das políticas sociais, de modo específico a defesa da política de Saúde Mental, por meio de uma Rede de Atenção Psicossocial comprometida em promover saúde mental, de modo que a população em situação de rua tenha suas particularidades reconhecidas e respeitadas, sem que sejam submetidas a ações coercitivas/ controladoras, mas que tenham na comunidade os recursos necessários para um cuidado integrado e humanizado.

REFERÊNCIAS

Aguiar, A., Meireles, P., Rebelo, R., & Barros, H. (2020). Covid-19 e as pessoas em situação de sem-abrigo: ninguém pode ser deixado para trás. M. Tavares & C. Silva (Orgs.). **Da emergência de um novo vírus humano à disseminação global de uma nova doença: doença por coronavírus 2019** (Covid-19) (Capítulo IX, pp. 1-6). Porto, Portugal: Universitário de São João; Universidade do Porto. Disponível em: <http://asset.youoncdn.com/ab296a-b30c207ac641882479782c6c34/7c7b39d50c8250c4b32f991c3245e5f7.pdf>. Acesso em 18 de maio de 2022.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e Saúde Mental**: uma análise institucional da prática. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 de mai. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 10 de mai. 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.864 de 24 de setembro de 2013**. Altera o art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/12864.htm. Acesso em: 10 de mai. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 10 de mai. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 10 de mai. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028, de 01 de julho de 2005**. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html. Acesso em: 09 de mai. de 2022.

BRASIL. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009a**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 10 de mai. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua- Síntese dos resultados. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília/DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011a**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm. Acesso em: 10 de mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011b**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10 de mai. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas- Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua**. SUAS e População em Situação de Rua, v.3. Brasília: Gráfica e Editora Brasil LTDA, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019**. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 12 de mai. 2022.

CARVALHO, L. As causas dos transtornos mentais. **Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social**. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016.

CARVALHO, L; SANTANA, C. Promoção da Saúde Mental e prevenção de transtornos mentais. **Saúde mental das pessoas em situação de rua: conceitos e práticas para profissionais da assistência social**. São Paulo: Epidaurus Medicina e Arte, 2016. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/desenvolvimento_urbano/saude_mental_pop_rua.pdf. Acesso em 10 de ago. 2021.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução n. 273, de 13 de março de 1993**. Institui o Código de Ética Profissional do(a) Assistente Social e dá outras providências.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Nota pública do CFESS contra os novos ataques à Política de Saúde Mental**. Gestão Melhor ir à luta com raça e classe em defesa do Serviço Social (2020-2023). Brasília/DF. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1772>. Acesso em: 15 de mai. de 2022.

COSTA, F. B. Nota informativa: A saúde mental em meio à pandemia COVID-19. Decanato de Assuntos Comunitários. Universidade de Brasília (UnB) 2020. Disponível em: http://dac.unb.br/images/DASU/PANDEMIA/Nota_informativa__A_Sade_Mental_e_a_Pandemia_COVID19.pdf. Acesso em: 18 de maio de 2022.

ESCOREL, S. A saúde das pessoas em situação de rua. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília/DF, 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf. Acesso em: 14 de mai. 2022.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19. **Recomendações para os Consultórios na Rua e a rede de serviços que atuam junto com a população em situação de rua**, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41125>. Acesso em: 14 de mai. 2022.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.27, n.4, p.1105-1119, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/NWtCkYJVczM5frK-fWskvBF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 de mai. 2022.

MESQUITA, F. Redução de danos. **Boletim do Instituto de Saúde: 30 anos de Redução de Danos**. Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. Volume 21- nº2- Dez. 2020, p. 10-17, 2020. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/bisdrogasereducaodedanos_site.pdf. Acesso em 12 de mai. 2022.

NATALINO, M. Nota técnica nº73 Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020). **Diretoria de Estudos e Políticas Sociais**- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), junho 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10074>. Acesso em: 12 de mai. 2022.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo mundo.** 02 de março de 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>. Acesso em: 18 de mai. 2022.

PASSOS, R. G. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>. Acesso em 20 de ago. 2021. Acesso em: 12 de mai. 2022.

SALVADOR, E. Disputa do fundo público em tempos de pandemia no Brasil. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 1-15, jul.-dez. 2020. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/39326/26504>. Acesso em: 10 de mai. 2022.

SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.26, n.4, out.-dez. 2019, p.1169- 1187. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xyFt7t59w8czHWXY3TSgLVC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 de mai. 2022.

SILVA, M. L. L. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, T.D.; NATALINO, M.; PINHEIRO, M.B. Nota técnica nº74 População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais. **Diretoria de Estudos e Políticas Sociais**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), junho de 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10078>. Acesso em: 18 de mai. 2022.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade/ ROSA, L. C. S. et al. (orgs.). 5 ed. São Paulo: Cortez, 2010.**

ASSISTÊNCIA SOCIAL: DIREITO DO POVO E DEVER DO ESTADO, COM FINANCIAMENTO PÚBLICO, PARA ENFRENTAR AS DESIGUALDADES E GARANTIR A PROTEÇÃO SOCIAL

Renato Tadeu Veroneze
Cristiano Costa de Carvalho

INTRODUÇÃO

No final do ano de 2019, uma amiga e colega de mestrado e doutorado, vivia confortavelmente com sua companheira e seus pet's num pequeno, mas aconchegante, sobrado, localizado num bairro de classe média baixa da cidade de São Paulo. Ambas trabalhavam em bons empregos, com salários mensais razoáveis. Seus animais sempre foram considerados por ambas como membros da família.

Minha amiga, com três formações de nível superior, uma especialização em MBI, mestrado e doutorado em Serviço Social, chegara ao topo da sua formação acadêmico-profissional e trabalhava como assistente social em três clínicas conceituadas da Alta Complexidade, localizadas na região metropolitana da cidade de São Paulo. Duas delas pertenciam ao mesmo grupo gestor. Além do mais, faltava muito pouco tempo para dar entrada em sua aposentadoria.

Sua companheira, com formação universitária em Administração e Turismo, trabalhava neste setor a mais de 30 anos. Talvez por influência de minha amiga e de nós acadêmicas, resolveu fazer uma segunda graduação. Matriculou-se, então, num curso de graduação em Serviço Social, cursando naquela ocasião, o segundo ano do curso. Na época, estava empregada próximo a sua residência, numa empresa multinacional do setor de turismo há alguns anos.

Tudo parecia que ambas estavam colhendo os frutos de uma vida de muito esforço, lutas e dedicação. Minha amiga, já na casa dos 60 anos e sua companheira com pouco menos,

tinham uma vida feliz, estável e prazerosa, com alguns problemas normais de todo casal. Sempre foram muito equilibradas economicamente falando, portanto, não tinham nenhuma dívida financeira até aquele momento.

Contudo, no desenrolar dos primeiros meses iniciais de 2020, uma tempestade se formou no horizonte. A pandemia do Novo Corona-vírus da Covid-19, fez com que o setor de turismo despencasse, levando muitas empresas a fecharem suas portas e a demitirem seus funcionários. A empresa multinacional que a companheira de minha amiga trabalhava, foi varrida do mercado, e ela se viu desempregada e sem perspectiva de um novo trabalho. Ficando desempregada por um longo período.

Por outro lado, o trabalho de minha amiga, que era na área da Saúde, em virtude da pandemia, começou a apresentar riscos a sua própria saúde. Mesmo tomando todas as precauções e proteções necessárias, acabou contraindo a Covid-19 antes mesmo de poder tomar a vacina. Felizmente, a ação do vírus não foi muito severa, passando somente alguns dias de repouso e cuidados no lar. Por felicidade, sua companheira não contraiu o vírus, em vista das precauções que ambas tomaram.

Retornando ao trabalho depois do período de recuperação, minha amiga se viu no meio de uma intriga entre funcionários e teve o seu “tapete” puxado por uma outra profissional que assumira um cargo na administração da clínica e que não simpatizava com ela. O resultado, foi que ela acabou sendo demitida de duas das clínicas onde trabalhava, sob alegação de corte orçamentário, ficando, assim, restrita apenas à prestação de serviços em uma das três clínicas, recebendo um pequeno salário pelas horas trabalhadas como assistente social.

Parcialmente desempregada e com a companheira desempregada há meses, a situação econômica da família começou a entrar em colapso. O dinheiro das rescisões começou a acabar, mas as contas fixas de todo mês não pararam de chegar.

Por outro lado, a situação do país começou a piorar e ambas começaram a não ver luz no fim do túnel, pois nenhuma perspectiva de emprego se via no horizonte. O que ainda mantinha um mínimo padrão para alimentação, era um salário mínimo que minha amiga ainda recebia da prestação de serviços, mas com o aumento exponencial do custo de vida em 2020, o que ela recebia passou a não dar mais para manter as despesas com alimentação, principalmente.

Como se isso tudo não bastasse, mesmo depois de vacinada, minha amiga contraiu a nova variante do corona-vírus. Viu-se a beira do túmulo, mas felizmente não precisou ser hospitalizada. No desenrolar de 2021, as despesas só aumentavam. Por outro lado, não conseguiram acessar nenhum sistema de proteção social por parte da União, do Estado ou do Município, em virtude das rendas anteriores e idade.

Com a situação cada vez pior, viram-se obrigadas a aceitar a ajuda de amigos e familiares para não passarem por necessidades mais graves. Esta situação se estendeu até o final do primeiro semestre de 2021, quando ela conseguiu um emprego num hospital particular, fora da região metropolitana de SP, onde trabalhou como assistente social. Contudo, sua companheira ainda se encontrava desempregada.

Mesmo com o equilíbrio parcial da situação e ainda que vacinada e recuperada das duas contaminações da Covid-19, minha amiga se viu exposta a novo contágio do novo corona-vírus, em virtude do transporte público. Além do mais, vivem, até o momento presente, sob a moratória das dívidas até que a situação se normalize, o que implicou num endividamento forçado durante a pandemia e que terão que dar conta.

Diante dessa situação, o “fique em casa” parecia ser uma falácia, uma desfaçatez sínica, sendo que se ela não trabalhasse, não teria como manter a sua casa e o sustento da família, e trabalhar implica em ficar exposta ao vírus da Covid-19 e as suas consequências.

Esta história, mesmo com um suposto final feliz, revela, em partes, as lições que a pandemia do novo corona-vírus nos deixou. Mostrou, ainda, que todos nós, de alguma forma ou de outra e a qualquer momento, podemos ficar numa situação de desproteção social. No caso relatado, o final não foi trágico, mas, já para Cleonice Gonçalves, de 63 anos, trabalhadora doméstica desde os 13 anos e primeira vítima fatal da Covid-19, na cidade do Rio de Janeiro, a história não trouxe um final feliz. Cleonice contraiu o vírus de sua patroa que havia ido passar o Carnaval de 2020 na Itália e, mesmo estando em quarentena, não dispensou a trabalhadora de suas atividades. O caso escancarou a falta de políticas públicas de proteção social à classe trabalhadora e o descaso das classes médias em relação aos seus funcionários. Apesar dos avanços na legislação, categorias de trabalhadores/as ainda estão expostas as vulnerabilidades e riscos sociais (COSTA, 2020).

A pandemia do novo coronavírus da Covid-19 chegou como uma grande tempestade em alto mar, atingindo toda a população mundial, sem distinção de classe, raça, etnia, credo, gênero e expressão sexual. Mas, embora todas as pessoas estivessem – e ainda estão – sujeitas ao seu contágio e aos seus impactos, muitos/as estão em barcos diferentes. Enquanto uma minoria se encontram em navios com total estrutura para aguentar o vendaval, outros estão em barcos menores, mas que ainda oferecem certa segurança. Contudo, há pessoa em que os impactos desta tempestade foram ainda maiores. Estas estão em jangadas que não proporcionam nenhuma estabilidade ou segurança nessa epopeia, vivendo em condições muito precárias ou perigosas, colocando a sua sobrevivência e a de outros em risco. Estas, na maioria das vezes, estão na condição de invisibilidade, de vulnerabilidade, de exclusão, de desproteção social ou de direitos violados e que em sua grande maioria, o naufrágio foi inevitável.

Até, o presente momento, contabilizamos quase 700 mil mortes e milhares de pessoas afetadas pelos efeitos da doença e suas consequências. O impacto negativo em decorrência do isolamento social causado pela pandemia alterou significativamente a vida cotidiana de todas as pessoas, em todas as suas dimensões. Apesar da Covid-19 ser um problema de saúde global, seus efeitos vão além da infecção pelo vírus e dos problemas por ele gerados. A pandemia trouxe consigo uma série de outras questões de proporções gigantescas e, em relação ao nosso país, acentuou a crise que já estávamos mergulhados desde 2013.

Levantamento realizado pelo IBGE (2020), mostrou que mulheres, negros/as e pessoas em situação de pobreza foram as mais afetadas pela doença. A cada dez pessoas que relataram mais de um sintoma da Covid-19, sete são pretas ou pardas, o que se explica dado ao padrão de desigualdades sociais, vulnerabilidades, exclusão, preconceito e discriminação que esta população vem sofrendo ao longo da história deste país. A população negra e periférica tem condições de vida, trabalho e saúde muito mais precárias que as demais (PECHIM, 2020a – [online](#)).

Além do mais, o uso de aplicativos e das plataformas digitais, tem aumentado significativamente nestes últimos anos. Essa situação tem gerado modificações culturais e sociais negativas e excludentes para pessoas que não têm acesso às novas tecnologias ou aos aparelhos eletrônicos, o que dificulta a sua inserção digital, exemplo disso, foi o acesso ao Auxílio Emergencial.

De acordo com as pesquisas realizadas pelo IBGE (2020), em 2018, cerca de 74,7% de brasileiros já acessavam à internet, sendo que cerca de 25% da população ainda não utilizava a rede. Em relação aos domicílios, 79%, em 2018, já tinham acesso à internet, com maior concentração nas regiões sudeste e centro oeste do país, o que representa que a cada uma pessoa quatro não tem nenhum acesso à internet.

Já em relação a 2019, 21,7% da população com idade acima de 10 anos estava “desconectada”. No último trimestre antes que a pandemia se agravasse no Brasil, cerca de 12,646 milhões de famílias não tinham acesso à internet, sendo que a renda per capita dos domicílios com internet era de R\$ 1.527,00, mais que o dobro dos R\$ 728,00 recebidos pelos que não usavam a rede.

Tais resultados demonstra o tamanho e o desafio que ainda temos em relação à inclusão digital. Estes fatores implicaram numa série de prejuízos às famílias mais vulneráveis do país, tanto no que se refere as inscrições e recebimentos do Auxílio Emergencial, quanto ao acesso à informação, educação, ao acesso a bens e serviços etc.

Do ponto de vista das relações sociais e de trabalho, os impactos da pandemia, principalmente às mulheres, são relativamente conhecidos e estudados, tendo em vista que a mulher tem sido historicamente relegada à condição de inferioridade em relação ao homem, principalmente as mulheres negras, periféricas e pobres. Apesar das diversas lutas, resistências e dos avanços conquistados por elas, levando em conta que a questão da emancipação feminina não se reduz a uma questão isolada ou de individualidades, a situação das mulheres lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais os impactos foram ainda mais complexos.

Para estas, além de sofrerem discriminações por simplesmente terem nascido mulheres e por ousarem divergir dos padrões de heteronormalidade impostos, estão implicadas situações mais complexas e desafiadoras, como, por exemplo, a negação de sua expressão ou identidade sexual, a misoginia, a LGBTQIA+fobia, a discriminação contra o sexo e a sexualidade, entre outras violências sociais (VERONEZE, 2022).

Somando-se a estes fatores, entre as mulheres negras e em situação de pobreza ou de rua, a discriminação e o preconceito ainda são maiores e permeiam todas as camadas sociais, mas se fizer parte da população LGBTQIA+, e mais especificamente sendo travestis¹ ou mulheres trans², a

1 “As travestis são pessoas que, ao nascerem, foram registradas no sexo masculino, com base apenas no seu sexo genital, e que procuram inserir, em seus corpos, símbolos do que é socialmente convencionalizado como feminino” (CFESS, 2016, p. 12). Para maiores informações, indicamos o **Guia de Orientação sobre Identidade de Gênero: conceitos e termos**, de Jaqueline Gomes de Jesus. Brasília, DF, 2012. Disponível em; <http://www.diversidadesesexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>, acesso em 16/04/2021.

2 Uma pessoa trans (transexual) que psiquicamente não se identifica com o sexo de nascença, ou seja, mesmo sendo considerada do sexo masculino quando nasceu, passou a se identificar (em qualquer momento da vida) como do sexo feminino, neste caso, é uma mulher transexual – mulher trans (note que o que deve prevalecer é o respeito à identidade autoenunciada pelo sujeito). Da mesma forma, uma pessoa que foi considerada do sexo feminino quando nasceu, mas que passou a se identificar, em qualquer momento da vida, como do sexo masculino, neste caso, é um homem transexual – homem trans (CFESS, 2016, p. 10). Para maiores informações, indicamos o **Guia de Orientação sobre Identidade de Gênero: conceitos e termos**, de Jaqueline Gomes de Jesus. Brasília, DF, 2012. Disponível em; <http://www.diversidadesesexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>, acesso em 16/04/2021.

situação é ainda mais complexa. Para a grande maioria desse público, de certo modo e em grande medida, e por serem socialmente induzidas ao trabalho sexual, acabam sendo forçadas a se adequarem em um mercado de trabalho generificados e restrito (CFESS, 2016; VERONEZE, 2022).

Se trabalhadores/as do mercado formal de trabalho estão expostos a estas desproteções e, de certo modo, de violação de direitos, o que dizer ainda daqueles/as que estão em situações precárias de sobrevivência, principalmente, crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiências e populações histórica e socialmente discriminadas, como por exemplo, ciganos, indígenas, negros, trabalhadores/as do sexo, população LGBTQIA+, entre outros grupos socialmente estigmatizados e discriminados.

Além do mais, as lições que a pandemia nos deixou demonstra a fragilidade das políticas públicas e, principalmente, do sistema de Seguridade Social, naquilo que atende à Saúde, à Previdência Social e à Assistência Social.

Só para trazer alguns exemplos, pesquisa realizada pelo Núcleo de Inteligência e Pesquisas do Procon-SP em convênio com o Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômico (DIEESE, 2021), mostrou que um julho de 2021 o custo da cesta básica, com 39 itens, para uma família de 4 pessoas, chegou a R\$ 1.064,79, em São Paulo, sendo que o que atenuou a situação dessas famílias foi o Auxílio Emergencial do governo federal e os programas municipais de distribuição de renda, mas nenhum desses atenuantes reduziram a gravidade da situação. Em Ilhabela, por exemplo, município que visitei recentemente, a Prefeitura investiu cerca de R\$ 4,2 milhões com pagamento de Auxílio Emergencial. O pagamento foi dividido em três parcelas (abril, maio e junho, 2021) de R\$ 500,00, o que beneficiou cerca de 2,8 mil famílias de baixa renda cadastradas no CadÚnico do Governo Federal. Este auxílio municipal deu um alento aos municípios no momento mais grave da pandemia, enquanto preparavam para a retomada econômica da cidade³.

Outro exemplo, para aqueles que são contra o Programa Bolsa Família e outros Programas de Transferência Monetária, em 2007, foi realizado um estudo especial que identificou que 8,2 milhões de crianças de 0-14 anos eram beneficiárias do salário-família, com gasto de R\$ 1,89 milhões do orçamento federal. De acordo com a Portaria Conjunta nº 1, do Conselho Nacional de Justiça, de 18/02/2016, os valores do auxílio-alimentação e da assistência pré-escolar, dos/as filhos/as de magistrados, acessados sem condicionalidade de renda, eram respectivamente pagos no valor de R\$ 884,00 e de R\$ 699,00 (R\$ 910,08 e R\$ 719,22, em 2018), sem falar de outras regalias, tais como: auxílio moradia, férias de 60 dias ao ano, carro oficial, estudo remunerado, auxílio moradia, auxílio saúde, entre outros privilégios. O valor do auxílio pré-escolar era 22 vezes maior do que o valor do salário família (R\$ 45,00 ou 31,71 - 51,27 em 2021) limitado ao trabalhador com ganho de até R\$ 1.319,00 [R\$ 1.503,25, em 2021] (SPOSATI, 2018).

Por falar em Bolsa Família, em termos contáveis, define-se situação de pobreza para aqueles/as que sobrevivem com apenas R\$ 145,00 mensais. Se achamos isso uma miséria, imagina que o indicador de pobreza do Programa Bolsa Família, por exemplo, é de R\$ 89,00, abaixo do parâmetro de R\$ 145,00 utilizado pelo Banco Mundial. A mesma lógica foi seguida pelo governo federal em relação ao Auxílio Emergencial (SPOSATI, 2020).

3 Notícia veiculado através do site <https://www.portalr3.com.br/2021/06/ilhabela-investiu-cerca-de-rdollar-42-milhoes-com-pagamento-de-auxilio-emergencial-para-28-mil-familias/>, acesso em 03/08/2021.

Em relação ao orçamento da União para cobrir os gastos com a Assistência Social, mais de 90% é para o pagamento de BPC e Renda Vitalícia, sendo que mais de 4 milhões de pessoas, entre idosos e pessoas com deficiências, recebem estes benefícios. Sobrando do orçamento da União menos de 10% para custear os serviços ofertados pela Assistência Social, ficando a cargo dos Estados e Municípios co-financiar tais serviços.

A gestão do SUAS nos municípios, vive sobretudo dos recursos municipais. O Estado transfere poucos recursos financeiros e a União também, mas estes ficam concentrados em sua grande parte para o pagamento de benefícios. Então, é preciso ter maior clareza, domínio e responsabilidade sobre o modo pelo qual se alocam os recursos financeiros do SUAS na oferta de serviços socioassistenciais da rede (SPOSATI, 2020).

Desde as discussões e deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social, a Assistência Social reivindica um piso de 5% do orçamento da Seguridade Social para custear os gastos com a PNAS. Financiamento e gestão são dois pilares de sustentação de toda e qualquer política pública. Não há como efetivar direitos sem orçamento público. Não há como efetivar direitos sem co-financiamentos.

No âmbito da assistência social, estamos enfrentando um cenário adverso de crise social, com demandas que estão sendo geradas e ampliadas cotidianamente. Desde 2016, sob a égide de Michel Temer e de sua política TEMERÁRIA, um conjunto de contrarreformas tem abalado as condições de proteção ao trabalho e aos direitos sociais erigidas na CF/88. A Emenda Constitucional nº 95/2016, na qual prevê um novo regime fiscal que impõe limite de gastos ao governo federal por vinte anos, tem atingido Estados e Municípios, no sentido de instituir um projeto de Estado mínimo que alimenta o capital financeiro e direciona o fundo público para os interesses do capital, no qual as políticas públicas se (des)universalizam, focalizam-se e precarizam-se ao mesmo tempo (TEJADAS; JUNQUEIRA, 2021; VERONEZE, 2017).

A Emenda Constitucional nº 95, conhecida como “PEC da morte” instituiu um teto sobre os gastos primários, congelando-os e, conseqüentemente, enfraquecendo o pacto social e a presença e garantias às populações em situação de vulnerabilidade e risco social, impondo fragilidades ao alcance da PNAS, que assume um caráter seletivo e fragmentário, em detrimento a universalidade da oferta de serviços socioassistenciais e benefícios (REZENDE; BATISTA; CASTRO; ARAÚJO; CAETANO; COSTA; FRANCO; LOPES; SOARES; ALMEIDA; SILVA; SANTOS; GALANTE, 2021).

Numa enquête realizada com assistentes sociais e profissionais do SUAS pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Profissões e Instituições da Universidade Federal de Santa Catarina (NEPPI/UFSC), em maio deste ano, identificou-se que os principais sentimentos pessoais destes profissionais, em relação ao momento atual, é de: ansiedade, imediatismo, sem condição, muitas dificuldades, atropelo, angústia etc.; no que se refere a realidade atual, as respostas apontam para o aumento da desigualdade social, desmonte de serviços, fechamento de unidades públicas estatais, profissionais estressados, interesses politiquieiros, voluntariado, profissionais ansiosos, conservadorismo etc.; no que diz respeito ao arcabouço do SUAS, as queixas foram de nenhuma estrutura no atendimento, baixa qualidade no atendimento, redução de atendimentos, decisões de cima para baixo, equipes reduzidas etc.; em relação aos(as) assistentes sociais, as queixas caminham na direção da ausência de plano municipal, falta de planejamento, demanda aumentada, saúde dos(as) assistentes sociais igual à dos(as) cidadãos(ãs) atendidos(as), falta de vigilância social, etc.; no quesito ação profissional, a enquête revelou a luta contra o assistencialismo, aumento da demanda, sobrecarga de trabalho, luta pela garantia de direitos, dificuldade com as novas tecnologias etc.; quanto aos desafios, as

respostas caminham na direção do acesso aos direitos, avanço do conservadorismo, práticas assistencialistas, aumento da violência, aumento expressivo da demanda, ausência de planejamento, aumento do desemprego, dificuldade no acesso à informação etc. (SPOSATI, 2020; SAMPAIO; FARIA; GARCIA; GOMES, 2020).

Esta enquete além de colocar as claras a realidade de um Estado em relação ao SUAS, demonstra, também, que esta é a realidade de todo o país. Na análise dos profissionais, a política de assistência social sofre com o risco de sua completa descaracterização como política de seguridade social, apontando que o ponto mais preocupante é a presença do conservadorismo que se mostra nas práticas assistencialistas sob o véu da ajuda e da caridade. Não se faz caridade nem filantropia com o dinheiro público (SPOSATI, 2020; SAMPAIO; FARIA; GARCIA; GOMES, 2020).

Soma-se a este diagnóstico a continuidade do comportamento governamental que aposta na precarização e sucateamento da política de assistência social, demonstrada nas insuficientes condições de trabalho, nas desproteções sociais, no descaso à população mais vulnerável e em risco social, no esvaziamento político do processo decisório, nos baixos investimentos públicos nos serviços sociais, entre outras questões (SPOSATI, 2020; SAMPAIO; FARIA; GARCIA; GOMES, 2020).

De acordo com a Profa. Aldaiza Sposati (2020, p. 15), “quando as formas de trabalho se esgotam como meio de sobrevivência, aumenta “espontaneamente” a demanda”. Nessa direção, em vez de perguntarmos sobre os desafios, devemos perguntar **para onde ir, qual direção tomar e como vamos abrir novos caminhos?**

A pandemia ainda nos ensinou que a chantagem do desemprego é sempre mais convincente que a iminência da morte, sendo este um terror constante no cotidiano da “classe-que-vive-do-trabalho”. Perguntamos: Como o aumento do desemprego em massa irá rebater na prática da política de assistência social? Se a demanda nos CRAS e CREAS estão aumentando a passos largos, isso evidencia que a população está cada vez mais empobrecendo e necessitando de amparo pela via das políticas públicas e transferências monetárias por parte do Estado.

Além do mais, em nossa prática diária e nas visitas que fazemos, observamos um esgotamento generalizado dos profissionais e trabalhadores do SUAS, sobrecarga de trabalho, precarização do ambiente e das relações de trabalho, subcontratações, falta de concursos públicos, adoecimento da categoria de assistentes sociais, uso de medicamentos controlados para dar conta da realidade (em sua grande maioria ansiolíticos, remédios para depressão, psicotrópicos, entre outros). Afirmamos que há a necessidade urgente de realizarmos pesquisas para evidenciar e, ao mesmo tempo, denunciar estas situações.

O cadastramento ao Auxílio Emergencial já nos deu uma amostra de uma vasta população que, ao que tudo indica, será em breve um dado que irá refletir sobre o desemprego em massa, além de que esta população será, sem sombra de dúvidas, novo público da assistência social. Grande número de pessoas que saíram da linha da pobreza e da pobreza extrema, entre os anos de 2004 e 2018, estão retornando às fileiras do pauperismo, por outro lado, para um grande número de pessoas que estava na classe média baixa, hoje já se encontram em situações de precariedade e muitos já estão acessando os serviços e benefícios do SUAS.

Perguntamos: Estamos preparados para acolher este público? Quais as nossas estratégias?

No que toca diretamente ao Sistema de Proteção Social da Assistência Social, estamos fragilizados pelo desfinanciamento das políticas públicas e sociais, pelo descompromisso

inter-governamental, pela desprofissionalização e precarização da assistência social, pela substituição da ação profissional por uma intervenção voluntarista, espontaneista, assistencialista, imediatista e pragmática, pela redução dos serviços socioassistenciais, em detrimento de uma proteção exclusivamente por meios de benefícios, entre outros fatores que acende o sinal de emergência para as ações proposta pelo SUAS.

O SUAS vive um momento crucial para a afirmação de suas bases, tendo em vista os pactos civilizatórios da sociedade brasileira, onde as desigualdades sociais não são de responsabilidade das pessoas, nem de soluções individuais, contudo, requer uma política pública de Estado, de direção universal, profissionalizada, de qualidade, com garantia de recursos e com garantia de uma proteção social efetiva e plena, conforme o compromisso assumido no 2º Plano Decenal da Assistência Social (2016-2026), que preza pela garantia dos direitos socioassistenciais e de uma gestão compartilhada, democrática, participativa e com transparência pública.

Hoje temos uma Política Nacional de Assistência Social, enquanto política de Estado, legalmente estruturada, organizada, regulamentada e institucionalizada, fruto de uma construção coletiva e implementada em todo o território nacional, assegurando reconhecimento no plano legal das responsabilidades, competências, organização, co-financiamento e mecanismos de proteção social básica e especial, oferta de serviços socioassistenciais e benefícios.

Em minhas diversas viagens por algumas localidades do país, em específico no Nordeste, onde há pessoas vivendo em graves situações de miserabilidade, residentes em lugares onde nem a caridade chega, verifiquei que unidades públicas estatais, como o CRAS e CREAS, estão presentes em todos os lugares, desde os vilarejos até nos grandes centros urbanos, oferecendo serviços de proteção social à indivíduos, famílias e grupos sociais. Isso é uma conquista que não podemos perder.

Uma nova concepção de assistência social foi consolidada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS), pela Norma Operacional Básica (NOB), que regulamentou o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), e pela lei do Suas, que acolheu o SUAS na LOAS, deixando de ser uma política de governo, para se tornar uma política de Estado. Deste modo, foram efetivadas mudanças expressivas e progressivas no âmbito da assistência social em todo o território nacional (VERONEZE, 2017).

Uma nova cultura de assistência social foi instituída, possibilitando a construção e a efetivação de um sistema integrada, participativo e territorializado de gestão, diametralmente oposto às ações segmentarias e fragmentarias que tradicionalmente eram operadas no âmbito da assistência social. Tal perspectiva só foi possível com a ampla participação da sociedade civil, englobando os cidadãos/ãs de direito, entidades e governo, mesmo com as dificuldades que enfrentamos de participação e compromisso social, até porque ainda estamos construindo uma cultura de participação democrática e social, totalmente ameaçado pelo atual governo ultraconservador, fascista e reacionária.

Apesar dos enormes avanços do SUAS, os quais temos presenciado nos últimos 17 anos, ele tem sido ameaçado em virtude da instituição do Novo Regime Fiscal, de 2016, pela reforma trabalhista e previdenciária e pela política do atual governo. Torna-se necessário, deste modo, que o SUAS se torne visível e que o/a cidadão/ã de direito tenha plena consciência do que lhe é de direito e do que não lhe é garantido.

Apesar das incertezas que se espriam no horizonte, nos últimos anos, as ações na área da assistência social têm sido debatidas e construídas nas instâncias de deliberação da política

(principalmente nas Conferências de Assistência Social), nas Comissões Intergestoras Tripartite e nos Conselhos de Assistência Social, que contam com a participação do governo e da sociedade civil, afirmando e reafirmando o pacto federativo de participação popular e de democracia, isto é, de Controle Social. Contudo, o governo Bolsonaro conseguiu desestimular e desarticular estes espaços coletivos de reivindicação, de luta e de resistência. Apesar desta intenção, os trabalhadores do SUAS conseguiram manter a grande maioria deles, mesmo sem saberem se suas deliberações serão atendidas pelo governo ou mesmo se os pactos federativos serão respeitados.

Nesse sentido, a centralidade do debate da 12ª Conferência Nacional de Assistência Social, atendida pelas deliberações das conferências anteriores e do 2º Plano Decenal, elegeu os/as cidadãos/ãs de direito, sua realidade de vida, direitos e demandas de acessos como questões centrais para o debate e o planejamento da política de Assistência Social, o que implica pensar, a Assistência Social como um *direito constitucional do cidadão/ã* e dever do Estado, que busca prover os mínimos sociais, por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade para garantir o atendimento às necessidades básicas da população. Tais objetivos só serão possível se houver financiamento público.

A gestão do SUAS deve se realizar de forma integrada às políticas setoriais; considerando as desigualdades socioterritoriais; *garantindo a todos/as de quem dela necessitar*, a provisão de serviços, programas e projetos de proteção social básica e especial à família, indivíduos e grupos. As normativas do SUAS não dizem que a política de assistência social é “para pobres” e/ou “de pobres”, mas de todos/as os/as cidadãos/ãs que se encontram em situações de desproteção social geradas por vulnerabilidades e/ou risco pessoal e social, que estejam historicamente excluídos do acesso aos direitos ou com direitos violados e de que “dela necessitar”, garantindo o seu caráter universalista.

Reafirmamos que são direitos sociais Educação, Saúde, Trabalho, Lazer, Segurança, Previdência Social, Proteção à Maternidade, à infância, à adolescência e ao idoso e Assistência aos desamparados, na forma do Art. 6º da Constituição Federal de 1988.

A primeira questão que o tema desta conferência nos direciona, está em diferenciar o conceito de “povo” em relação ao conceito de “cidadão/ã”, conforme nos aponta a Profa. Aldáza Sposati. Primeiramente, “povo”, entre outras definições, é um termo genérico para indicar um conjunto de pessoas que vivem em sociedade ou em uma determinada região, cidade, vila ou aldeia. “Cidadão/ã”, por outro lado e desde a Antiguidade Clássica, é a pessoa que goza de direito de cidade, portanto, é a pessoa que desfruta dos direitos civis, políticos, sociais e **culturais de cidade**, ou, se quisermos, de cidadania. É aquele/a que se reconhece enquanto pertencente a uma determinada comunidade. O que indica uma certa imagem (identidade) ou projeto de sociedade, o que nos direciona a refletir sobre **qual é o nosso compromisso com o social?** Com a nossa cidade, com a nossa comunidade?

De cidade, derivou o conceito de “cidadania”, isto é, a qualidade que uma pessoa possui em uma determinada comunidade política e/ou civil. É a qualidade que implica o sentido de pertencimento a uma comunidade, de dignidade, de respeito e de justiça (ABBAGNANO, 2007).

Num sentido mais contemporâneo do termo, cidadania está vinculada ao conceito de liberdade, igualdade, democracia, justiça social e equidade, o que implica dizer que o conceito se fundamenta na garantia de assegurar que todos/as possam usufruir igualmente dos direitos. O que, de acordo com o princípio aristotélico, *é a própria natureza da equidade é a*

retificação da lei no que se revele insuficiente pelo seu caráter universal (ABBAGNANO, 2007). Em outras palavras, a lei tem que garantir necessariamente o caráter geral, por isso que o justo e o equitativo são a mesma coisa. Equidade está relacionado ao justo equilíbrio. Do ponto de vista da assistência social, equidade está relacionado a garantia do mesmo acesso a proteção social para todos/as cidadãos/ãs de direito.

Portanto, a primeira coisa que nós temos que considerar é que “povo” designa apenas um conjunto de pessoas ou um conjunto de pessoas que se localizam num determinado território, o que me parece um conceito pejorativo e preconceituoso no caso da proteção social, e que implica retomar o conceito conservador de “pobre” e não de cidadão/ã. Ninguém é pobre, mas sim, está numa situação de pobreza, o que implica em prover condições para que a pessoa, família ou grupo tenha autonomia para sair desta condição, de modo a ter condições mínimas de sobrevivência para fazer a sua história. Mas a proteção social vai muito além de meios materiais de sobrevivência, e a pandemia tem demonstrado isso.

Segundo a Profa. Aldaiza Sposati (2016, p. 8),

é preciso distanciar a concepção da proteção social de uma condição individual marcada pelo acesso a um benefício financeiro (ainda que a sociedade do capital traduza o acesso ao mercado e a mercadorias como essencial a proteção social individual). Esta concepção que renova o princípio da esmola referenda o modo de financeirização da política de assistência social e a afasta do compromisso social com um conjunto de acessos a serviços que produzem prevenção a desproteção, bem como formas especializadas de atenção.

De acordo com a NOB SUAS/2012, a Política de Assistência Social deve afiançar cinco seguranças às famílias e indivíduos que dela necessitar: acolhida, renda, convívio ou vivência familiar, comunitária e social, desenvolvimento de autonomia, apoio e auxílio. Portanto, não temos ou fazemos política para o “povo”, e sim para “cidadãos/ãs”, pessoas que devem ter direito a uma vida digna, respeitada, segura e de qualidade. Para tanto, temos que conhecer este público, conhecer o seu cotidiano, a sua realidade, o seu território e organizar um sistema de informação capaz de oferecer indicadores, formular estratégias de forma planejada para que possamos ter clareza, certezas de como agir, onde agir e quando agir. Papel este desempenhado pela vigilância socioassistencial, isto é, um setor de informação que ilumine todas as ações, não só da Política de Assistência Social, como das demais políticas.

Exemplo dessa integralidade, Cristiane Regina de Melo, uma ex-aluna,, em 2012, ao realizar um mapeamento das famílias cadastradas no Programa Bolsa Família de Guaxupé para a produção de seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), detectou que havia uma incidência de baixa escolaridade em todas elas, o que implicava em oferecer uma Política de Educação/Formação para estas famílias, tanto para os pais, quanto para os filhos, além de detectar o território de concentração delas e suas particularidades, o que gerou uma proposta encaminhada às Secretarias de Ação Social e Educação do município.

Em relação ao princípio da equidade, o SUAS prevê que a garantia dos direitos seja concretizada por intermédio do reconhecimento das singularidades, da diversidade e desigualdades, o que caracteriza um entendimento onde deve-se respeitar suas diferenças, e não as semelhanças. Equidade não somente na oferta, mas no acesso aos serviços e a proteção social. Equidade também no trato com estes cidadãos/ãs de direitos.

Nesse sentido, considerando as populações mais vulnerabilizadas e em risco social, perguntamos: Quais são as políticas de proteção a mulher, negros(as) e de periferia que o município tem oferecido? Quais são as políticas de proteção às crianças e adolescentes que o município tem oferecido? Quais são as políticas de proteção as pessoas em situação de rua, ciganos, população LGBTQIA+, pessoas com deficiência, entre outras populações que o município tem oferecido? Quais as proteções aos desvalidos e desamparados que o município tem oferecido? Quais políticas de proteção têm sido oferecidas aos idosos, principalmente, aos doentes e desvalidos que o município tem oferecido? Como está sendo o acesso as proteções sociais em relação as populações da zona urbana e rural? As políticas de proteção social do município são políticas de governo ou de Estado? Isto é, mudam a cada governo, ou estão inscritas na Lei Orgânica do Município dando um caráter de efetividade e continuidade a tais ações?

Estas perguntas não têm sentido inquisitorial, e sim avaliativo, propositivo e proativo. Portanto, o que temos que problematizar diante das emergências que apresentamos e que têm sido apresentadas cotidianamente, são: Em que avançamos? O que está faltando? Como podemos melhorar? Além disso, necessitamos avaliar, com base no sentido protetivo da Seguridade Social, **qual é o nosso papel na vida das pessoas? O que estamos fazendo para emancipar estes/as cidadãos/ãs de direito?**

Se pensar, por exemplo, num pronto socorro que recebeu o alerta de um acidente gravíssimo com dois ônibus repletos de passageiros, iremos verificar que toda a equipe de enfermeiros, médicos, trabalhadores do hospital, diretores e gestores irão ficar em alerta e serão convocados ao trabalho independente dos pacientes que estão esperando para o atendimento ou que irão chegar. Toda a atenção e esforços serão redobrados, porque não se trata de objetos ou coisas que irão chegar, mas de vidas humanas, cidadãos/ãs que tem direito ao um atendimento digno e a vida.

O que demos visto após o governo Temer, que acabou com todos os ministérios ligados à área dos direitos humanos, congelou os gastos e propostos investimentos mínimos em políticas sociais a partir de 2017 e para os próximos 20 anos, privilegiando algumas políticas em detrimento de outros, principalmente as que beneficiavam o grande capital, arquitetou a Reforma da Previdência e o retrocesso dos direitos historicamente conquistados pelos/as trabalhadores/as, diminuindo os gastos públicos na área das políticas habitacionais, além de decretar medidas duras para os/as trabalhadores/as, suspendeu concursos públicos, congelou salários, não pagando as progressões e outras vantagens, alterou os regimes previdenciários e jurídicos dos servidores, entre outras medidas impopulares (VERONEZE, 2017).

Não necessitamos fazer uma análise detalhada do (des)governo de Jair Bolsonaro e dos rebatimentos deletérios nas políticas públicas, em especial, à Seguridade social. Apoiamo-nos nas análises dos intelectuais do Serviço Social brasileiro, tais como: Santos (2019), Iamamoto (2021), Iasi (2017), Braz (2017), Antunes (2020), Castilho e Lemos (2021), entre outros, para respaldar os objetivos desta reflexão.

Todos apontam para a devastação das políticas públicas após o golpe (TEMER)ÁRIO, mas é preciso salientar a degradação da humanidade (racismo, LGBTQIAPN+fobia, xenofobia, eugenia, infanticídio indígena e a população negra, pobre e de periferia, militarização fascista, defesa do armamento da população, mortes e chacinas, reinado dos grileiros, madeireiros e mineradoras, devastação nas relações e contratos de trabalho, terceirizações, perda de direitos, contrarreforma trabalhista, restrição de recursos sindicais e ao acesso à justiça do trabalho, feminicídio, crescimento da informalidade e do processo de *uberização*, enfim, uma verdadeira *política dos horrores*.

Nas palavras de Yamamoto (2021, p. 18), “vivemos tempos sombrios de aprofundamento da crise do capital em um cenário ultraliberal, regressivo e reacionário, potenciado com a pandemia mundial”. O projeto neoliberal em curso avança “sem dó e piedade” sobre as classes subalternizadas deste país, acentuando o descompromisso com a “classe-que-vive-do-trabalho”, reduzindo drasticamente os repasses financeiros para as políticas públicas e sociais, principalmente à Seguridade Social.

Além disso, fala-se muito em rede, mas não se fala na construção da interrelação (ou intersetorialidade) entre os serviços e as demais políticas públicas. Pesquisas apontam que CRAS e CREAS muitas vezes não conversam entre si. Se unidades públicas estatais de uma política não conversam entre si (SPOSATI, 2020, p. 6), o que dizer, então, entre as demais políticas? Há uma segmentação, uma identidade partida. Como construir uma identidade coletiva deste modo? Qual é o sentido de proteção social que entendemos que o SUAS deveria prover?

A integralidade e a intersetorialidade possibilita arriscar a afirmação de que não há como pensar em integralidade da proteção social sem considerar as ações das demais políticas setoriais, o que consiste em um trabalho articulado entre os atores da política de assistência social, com a rede socioassistencial e as demais políticas públicas, como a Educação, Saúde, Habitação, Trabalho e Renda etc. (PEDROSA, 2021). “Na verdade, isso é a base de um trabalho em equipe” (SANTOS FILHO, 2021, p. 76).

Torna-se necessário “pensar a vida das pessoas dentro de uma macroestrutura, onde as mesmas contribuem por meio de impostos e em justa troca recebendo serviços de boa qualidade independente das ocasiões” (REZENDE; BATISTA; CASTRO; ARAÚJO; CAETANO; COSTA; FRANCO; LOPES; SOARES; ALMEIDA; SILVA; SANTOS; GALANTE, 2021, p. 132). Portanto, temos a responsabilidade de cobrar e oferecer serviços de qualidade, o que implica não realizar um serviço de qualquer jeito, sem planejamento e sem efetividade e, principalmente, sem recursos financeiros.

Nas palavras da Profa. Aldáiza Sposati ” (2016, p. 14),

a assistência não é somente uma agência ou balcão de entrega e distribuição, mas sim uma política de proteção social e de garantias de direitos pelo Estado a “quem dela necessitar”. [...] A assistência social não é vergonha! Não é favor! É um direito previsto na Constituição Federal de 1988! [...] Fazer avançar a existência no país de um Sistema Único de Assistência Social é, em si, uma expressão de resistência pelo combate possível e necessário às camadas de conservadorismo infiltradas na história e na presença dessa política.

Assim, para finalizar, deixamos as seguintes reflexões: O que é uma criança, um/a adolescente, um/a idoso/a, uma pessoa com deficiência, um desamparado/a, um pai ou uma mãe, um/a desvalido/a, excluído/a protegido/a?; O que é um/a cidadão/ã acolhido/a, com renda mínima suficiente, convívio familiar, comunitário e social, com desenvolvimento de autonomia, apoio e auxílio pleno conforme prevê o II Plano Decenal da Assistência Social?; Qual política de assistência social queremos defender no contexto de crise?

Estas são perguntas que não querem calar!

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. 2ª ed. Revisada e ampliada. São Paulo: Boitempo, 2020.

ANTUNES, Ricardo. **A desertificação neoliberal no Brasil (Collor, FHC e Lula)**. Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

BRAZ, Marcelo. **O golpe nas ilusões democráticas e a ascensão do conservadorismo reacionário**. Rev. Serviço Social e Sociedade, nº 128. São Paulo: Cortez, jan./abr. de 2017, p. 85-103. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/J74WJRdJH6sHMHC9MhSDc8Q/abstract/?lang=pt>, acesso em: 10/10/2022.

CASTILHO, Daniela Ribeiro; LEMOS, Esther Luíza de Souza. **Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira**. Rev. Katálysis, v. 24, nº 2. Florianópolis, SC: UFSC, mai./ago. de 2021, p. 369-279. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/TyMKscqwjWfwpbScmWpwCvc/>, acesso em: 05/09/2022.

CFESS. **Caderno 4: Transfobia. Série Assistente Social no combate ao preconceito**. Brasília, DF: CFESS, 2016. Disponível em: [CFESS-Caderno04-Transfobia-Site.pdf](#), acesso em: 14/04/2021.

GOMES, Gerson; CRUZ, Carlos Antônio Silva da. **Vinte anos de economia brasileira - 1995/2015**. Brasília: CGEE, 2016. Disponível em: <http://www.altosestudosbrasillxxi.org.br/documentos/finish/7/1454>, acesso em: 29/08/2017.

GOMES, Gerson; CRUZ, Carlos Antônio Silva da. **Vinte anos de economia brasileira - 1994/2014**. Brasília: CGEE, 2014. Disponível em: <http://plataformapoliticasocial.com.br/wp-content/uploads/2015/04/VINTE-ANOS-DA-ECONOMIA-BRASILEIRA-1995-2014.pdf>, acesso em: 29/08/2017.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Os desafios da profissão de Serviço Social no atual contexto de retrocessos das conquistas da classe trabalhadora**. Em: CFESS. **Diálogos do cotidiano do assistente social: reflexões sobre o trabalho profissional** – Caderno 1. Brasília, DF: CFESS, 2021, p. 16-48. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/12021Cfess-DialogosDoCotidianoVoll-Site.pdf>, acesso em: 10/10/2022.

IASI, Mauro Luís. **O Serviço Social aos 80 anos diante de um novo Brasil** Rev. Serviço Social e Sociedade, nº 128. São Paulo: Cortez, jan./abr. de 2017, p. 72-84. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/CjH9MtHMCfQ5m3MbRdKtFqf/abstract/?lang=pt>, acesso em: 10/09/2022.

PECHIM, Júlia. **Pessoas LGBT enfrentam preconceito na quarentena** (online). 26/05/2020. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/pessoas-lgbt-enfrentam-preconceito-na-quarentena/>, acesso em: 14/04/2021.

PECHIM, Júlia. **Negros morrem mais pela Covid-19** (online). 24/11/2020a. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/negros-morrem-mais-pela-covid-19/>, acesso em: 14/04/2021.

SANTOS, Josiane Soares. **O enfrentamento conservador da “questão social” e desafios para o Serviço Social no Brasil**. Rev. Serviço Social e Sociedade, nº 136. São Paulo: Cortez, set./dez. de 2019, p. 484-496. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/s5hCHJNz73c6vJLZ7yNFDH/?lang=pt>, acesso em: 15/10/2022.

SOLANO, Esther. **A Bolsonarização no Brasil**. Em: ABRANCHES, Sérgio [et. al.] **Democracia em risco? 22 ensaios sobre o Brasil hoje**. São Paulo: Companhia das letras, 2019. p. 307-321.

VERONEZE, Renato Tadeu. **Vulnerabilidades das travestis e das mulheres trans no contexto pandêmico**. Rev. Katálysis, v. 25, nº 2. Florianópolis, SC, mai./ago. de 2022, p. 316-325. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/sbRXwBD8bHm9Q8cRrwZ4xBc/abstract/?lang=pt>, acesso em: 10/09/2022.

VERONEZE, Renato Tadeu. **A política de assistência social brasileira e a ameaça temerária aos direitos sociais**. Rev. Textos e Contextos, v. 16, nº 2. Porto Alegre, RS, ago./dez. de 2017, p. 345-359. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/27538>, acesso em: 10/09/2022.

SUAS: ESSENCIALIDADE FRÁGIL NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

Ana Cristina de Carvalho Sales Toledo
Adriana Giaqueto Jacinto

1 INTRODUÇÃO

Apresentamos neste artigo uma reflexão sobre a fragilidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), enquanto política pública garantidora de direitos sociais, antes e durante o advento da pandemia COVID-19, os principais desafios enfrentados, sua essencialidade, os desmontes e retrocessos irrefutáveis sofridos na contemporaneidade e a busca por sua legitimidade em meio ao cenário precário marcado por ações imediatistas e assistencialistas.

Tal realidade tem exigido dos diversos sujeitos sociais, em especial, os assistentes sociais, conhecimento teórico metodológico e postura ética política, com foco nos princípios do Projeto ético político da profissão, com vistas a construir respostas coletivas, capazes de enfrentar os desafios na busca pela vigilância socioassistencial, proteção social e defesa dos direitos.

Ressaltamos que se trata de um estudo realizado através de revisão bibliográfica e de experiências vivenciadas na prática profissional.

Iniciaremos com breve histórico da Assistência Social enquanto política pública e a instituição do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em seguida apresentaremos reflexão crítica dos desafios enfrentados no contexto da pandemia COVID-19, bem como a necessidade de se legitimar enquanto política pública contínua de Estado.

2 REVISITANDO A ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL FRENTE AO CONTEXTO NEOLIBERAL

Ao considerarmos o contexto neoliberal frente à gestão das políticas públicas, não poderíamos deixar de mencionar a historicidade dos fatos, as origens das desigualdades produzidas ao longo do tempo com início ainda no processo da colonização, exploratória, do Brasil, carregando marcas profundas de uma economia escravocrata, latifundiária e de exportação.

A independência do Brasil representaria uma maior autonomia para o Estado brasileiro, mas o Brasil não tinha condições para tal. Já que, tinha uma economia extremamente dependente de outros países. A burguesia brasileira entra em cena neste período, mas diferente de outros países a burguesia brasileira não criou condições para o desenvolvimento do país e ainda não defendeu os interesses do Brasil em si. Defendeu interesses da burguesia, não se tornando uma burguesia revolucionária como nos países centrais. (GAZETA; LIMA, 2019, p. 15).

Deste modo, ao fortalecer os interesses da burguesia, o Brasil, sendo um país periférico, insere-se no sistema capitalista, dificultando o acesso da grande parcela da população aos bens produzidos economicamente, ocasionando agravamentos nas expressões da questão social.

Em meados dos anos 1930, os movimentos sociais se fortalecem, e o Estado através das políticas sociais, seguindo os princípios do Estado do Bem Estar Social (*Welfare State*) busca minimizar e controlar essas manifestações ao mesmo tempo em que contribui com o processo de acumulação e a mais-valia.

A verdade é que trazendo um modelo e tentando ajustá-lo à realidade local, nunca se atingiu este patamar de Bem Estar Social, ao contrário, o que se verifica é crescente pauperização da sociedade, condições precárias de sobrevivência e péssimo ou nulo acesso aos poucos direitos apresentados às demandas emergenciais da época.

O Brasil enfrentou, ainda, um longo período de ditadura militar entre os anos de 1964 a 1985, evidenciado pela maior repressão e censura que o país já presenciou. O Estado se utilizava de ações pontuais e emergenciais nas políticas sociais para manutenção do sistema.

Segundo Gazeta e Lima (2019), com o fim da ditadura, as políticas sociais passaram a ser entendidas como direito a partir da Constituição Federal, conhecida como “Constituição Cidadã”, por evidenciar e efetivar direitos civis, políticos sociais, culturais, com bases democráticas, estímulo a participação da população nas decisões públicas e com parâmetros de equidade e universalidade.

Mencionam que logo após este marco normativo o Brasil abre espaço ao ideário Neoliberal, diminuindo a participação do Estado frente às expressões da questão social.

Salientam que as políticas sociais são ações governamentais, tendo o Estado como responsável em gerir e financiá-las, porém existe uma contradição, sendo o Brasil um país capitalista dependente, essas políticas não existem apenas para atender as demandas sociais, mas também para contribuir com o processo de acumulação, sendo palco de conflito direto entre classes.

A partir dos anos 1990 de acordo com Silva (2004) a reconstrução do Estado entra como elemento central, no contexto da globalização, privatizações, neoliberalismo aflorado com o a ideologia do Estado Mínimo, burocracia, favorecimento do mercado, fomento as ações privadas na seguridade social, além de gestão híbrida com a sociedade civil, evidenciando a tendência de complementariedade e de mixagem das ações do Estado, da sociedade civil e do mercado.

Sob a ótica liberal, a assistência social tem sido um modo de satisfazer necessidades sociais que o mercado não satisfaz. Na realidade, uma forma de atenuar o impacto social de políticas econômicas concentradoras de renda, elitizantes do acesso ao mercado e, portanto, reprodutoras da exclusão social. (SILVA, 2004, p.139)

Apresenta-se neste sentido, a bipolaridade do neoliberalismo, no que se refere à dependência do capital, ao mesmo tempo em que o Estado necessita da reprodução social, a desestabiliza quando é ausente, contribuindo com a manutenção do mercado.

Ao nos voltarmos especificamente à Assistência Social no Brasil, revisitando sua gênese, observa-se que se deu no seio dos templos religiosos e em meio às ações solidárias e voluntárias das damas da sociedade, que em busca de indulgências divinas buscavam atender os mais necessitados, órfãos, viúvas, idosos, também como forma de acalmar as demandas ajustando-os as exigências da sociedade, já havia a crença de que viviam nesta miséria por não serem abençoados o bastante para desfrutarem de condição melhor.

“Dar de comer aos famintos” compunha uma das catorze obras de misericórdia e orientava a prática dos “homens bons”, junto às Santas Casas, no exercício da piedade para com os pobres e miseráveis. A esmola foi a instituição primeira, ao se falar na assistência social colonial. Ela era a forma dos mais ricos exercitarem a caridade e ‘ascenderem ao reino dos céus. (SPOSATI, 1988, p. 83)

Essas práticas conservadoras e positivistas sempre foram fortalecidas pelo Estado, inclusive nas políticas sociais, pois camuflam as mazelas advindas das desigualdades e trazem certo equilíbrio, conformismo à situação vivenciada pela classe trabalhadora, em atenção à lógica do capital.

A história brasileira nunca negou o corte assistencial que vem marcando as políticas sociais direcionadas para o enfrentamento das diversas expressões da “questão social”, a partir de uma dimensão compensatória de lidar com carências e os problemas da população. Eis que o caráter assistencialista das políticas sociais configura-se através de atendimentos prestados à população na forma de benefícios eventuais/focalizados/descontínuos oferecidos pelo Estado. Trata-se, pois, de políticas focalistas, seletivas, inoperantes, sem regras estáveis ou reconhecimento de direitos. Neste sentido, manifestam-se úteis a hegemonia dos interesses da classe dominante, amenizando as tensões e conflitos sociais para que as condições de reprodução geral do capital sejam garantidas (ALVES, 2008, p.45)

Com o advento da Constituição Federal de 1988 a Assistência Social juntamente com a Previdência e Saúde passam a compor o tripé da Seguridade Social, passando a ser “dever do Estado e direito do cidadão”.

A LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social), de 1993, traz uma nova concepção para a política de assistência social, a de bem-estar e proteção social.

Desse modo, configura-se como possibilidade de reconhecimento público da legitimidade das demandas de seus usuários e espaço de ampliação de seu protagonismo. A proteção social deve garantir as seguintes seguranças: segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia); de acolhida; de convívio ou vivência familiar. (PNAS, 2004, p. 31).

O SUAS, instituído pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em 2004, foi criado em Lei em 2011, com a aprovação da Lei nº 12.435, que alterou dispositivos da Lei nº

8.742/93 – Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e garantiu no ordenamento jurídico brasileiro inúmeras conquistas efetivadas ao longo desses anos.

Dentre elas podemos citar: atuação do Estado na provisão de serviços, benefícios, programas e projetos; o cofinanciamento nas três esferas de governo; o repasse por pisos de proteção, primando pela oferta regular e não mais pela quantidade e capacidade de atendimento; a transferência automática fundo a fundo dos recursos; o pacto de aprimoramento de Gestão do SUAS; e a instituição do REDE SUAS (ferramenta imprescindível para o planejamento e tomada de decisões).

A inserção na Seguridade Social aponta, também, para seu caráter de política de Proteção Social articulada a outras políticas do campo social, voltadas à garantia de direitos e de condições dignas de vida. Nesse sentido a Política Pública de Assistência Social marca sua especificidade no campo das políticas sociais, pois configura responsabilidades de Estado próprias a serem asseguradas aos cidadãos brasileiros. Marcada pelo caráter civilizatório presente na consagração de direitos sociais, a LOAS exige que as provisões assistenciais sejam prioritariamente pensadas no âmbito das garantias de cidadania sob vigilância do Estado, cabendo a este a universalização da cobertura e a garantia de direitos e acesso para serviços, programas e projetos sob sua responsabilidade. (PNAS 2004, p.32-33).

Apesar de termos avançado consideravelmente em termos de amparos legais, sobretudo entre os anos de 2004 a 2012, coma através da revisão da própria LOAS, Lei Orgânica da Assistência Social de 1993, alterada em 2011, da NOB SUAS/ RH, Norma Operacional específica aos Recursos Humanos do SUAS, em 2006, da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, aprovada em 2009 e da publicação da NOB SUAS, Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social em 2012, o Sistema Único de Assistência Social não saiu ileso aos ataques às políticas sociais advindos do golpe, a partir de 2016 com Impeachment da Presidenta Dilma Rousseff.

Os programas de governo passaram a ter prioridade em detrimento dos serviços tipificados, os Conselhos de Direitos, esferas de participação e controle social foram alvos de inúmeras tentativas de enfraquecimento, os direitos trabalhistas cada vez mais afrontados e o povo mais explorado, num cenário de desemprego e poucas oportunidades de crescimento econômico.

Ainda neste processo, o país vivenciou em 2018 eleições presidenciais, que elegeram Jair Messias Bolsonaro como presidente da República, neste período o extremismo tomou conta das decisões, e o que tínhamos como Ministério do Desenvolvimento Social, passou a ser apenas uma Secretaria. As Conferências não foram chamadas, Conselhos de Direitos sofreram desarticulações e fragmentações, no orçamento a redução nos repasses dos pisos fixos das proteções se deram de forma drástica. Enfim, tivemos o desmonte do SUAS - Sistema Único de Assistência, como nunca antes vivenciado.

Se não bastassem todos esses percalços, o ano de 2019 foi marcado por situação de grande impacto mundial com o advento da Pandemia COVID-19, causada por um vírus letal. O país enfrentou uma crise sanitária e social em proporções extremas.

Diante desta realidade o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), implantado em meados de 2005 como uma das estratégias de vigilância socioassistencial, proteção social e defesa de direitos às famílias em situação de vulnerabilidades, demonstrou durante o período

pandêmico grandes fragilidades, demandando muitos desafios à Gestão do SUAS, sobretudo no que diz respeito à proteção social.

Torres (2016) afirma que estar protegido através da política pública de assistência social, significa ter forças próprias ou de terceiros, que impeçam que alguma agressão/precarização/privação venha ocorrer, deteriorando uma dada condição.

Assim, entende que o SUAS, enquanto política pública de Estado, deve fortalecer vínculos de pertencimento, ampliando, assim, a proteção social com base em uma sociabilidade alargada diante das situações de vulnerabilidades e riscos.

Com base nesta afirmativa nos deparamos com uma indagação: Como garantir Proteção Social aos brasileiros em plena pandemia frente ao ultraneoliberalismo, frente ao sucateamento das políticas públicas, em especial do SUAS?

3. SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E PANDEMIA COVID-19

Em março de 2019, o mundo parou com a descoberta do novo coronavírus, uma catástrofe anunciada: a Pandemia COVID-19. Fez-se necessário o isolamento social, o que agravou as dificuldades econômicas de uma grande parcela da população, a educação ficou totalmente prejudicada, trabalhadores assalariados vivenciaram retração em termos de direitos sociais. O SUS entrou em colapso, como consequência, muitos brasileiros perderam suas vidas.

Neste contexto, a Política de Assistência Social tornou-se serviço denominado “essencial”, de acordo com o decreto presidencial nº10.282/2020, complementado por outras orientações técnicas e normativas, porém, sem o devido reconhecimento político e financeiro para execução e manutenção de suas ações.

O Governo Federal pôs-se inerte aos acontecimentos, reforçou a volta à normalidade, negando veementemente a ciência, atrasando o processo de descoberta e oferta de vacinas, além de reduzir consideravelmente os repasses de recursos financeiros aos pisos de proteção social, incentivando o voluntariado e ações pontuais e de cunho assistencialista.

Desresponsabilizou-se pelo caos instalado, priorizou o mercado em detrimento às necessidades da população.

Neste cenário, ressalta-se que as consequências não foram sentidas de igual forma por todos os brasileiros.

Parte-se do entendimento histórico e crítico que a crise econômica não se deflagrou a partir do estouro da pandemia, muito ao contrário, a expansão mundial do coronavírus desvela de modo mais intensificado o processo de autodestruição a que esse modelo de socio metabolismo impõe à humanidade. Por outro lado, considerando a particularidade sócio-histórica brasileira desvela ainda que a pandemia exerce a funcionalidade ideopolítica para justificação de medidas um tanto quanto obsoletas, porém muito eficazes, de resgate do projeto burguês no que se refere a contenção de custo social produzido pela COVID19. (ALVES; SIQUEIRA, 2020, p. 76).

As famílias em vulnerabilidade e riscos sociais que vivenciam situação de pobreza e extrema pobreza sentiram os efeitos do isolamento demasiadamente, tanto do ponto de vista sanitário como social, no que tange à sobrevivência, a grande maioria reside em áreas com pouquíssimas condições para garantir higienização e limpeza para a contenção ou não proliferação do vírus.

Guarany (2020) ressalta que dizer que estamos todos no mesmo barco é uma inverdade, pois muitas casas não têm acesso à água encanada, pelo menos 48% não tem saneamento básico.

Afirma que todo o desmonte realizado por mais de três décadas, forja um sistema de proteção frágil e pronto de colapsar, ameaçando a todos, sendo os negros e periféricos os mais afetados.

Sendo assim, fica evidente os desafios enfrentados pelo SUAS. Planos emergenciais foram necessários para minimamente atender questões não sanadas anteriormente, diante de severas precarizações que se agravaram com o advento da pandemia COVID-19.

Em 2020, foi criada uma nova ação, denominada Auxílio Emergencial e proteção a pessoas, que absorveu cerca de 55% do orçamento da assistência social. Ademais, cerca de 14% desse orçamento foi usado para pagamento de Auxílio Emergencial residual e, acrescido a isso, cerca de 11% do orçamento foi utilizado para pagamento do Benefício emergencial de manutenção do emprego, ou seja, cerca de 80% do orçamento da Assistência Social em 2020 foi utilizado para financiar ações de enfrentamento às condições de pobreza e ausência de renda acirradas pela pandemia da COVID-19. (GAMA; BERINHG; SIERRA, 2021, p. 146).

Neste artigo, denominado “Um Balanço Preliminar do Orçamento Público no Governo Bolsonaro (2019-2021)”, da publicação “Políticas Sociais, Trabalho e Conjuntura: crises e resistências” de 2021, organizado por Gama, Behring e Sierra, os autores, Behring, Jaumont, Silveira e Nascimento, ressaltam ainda que:

Ao compararmos os recursos pagos (deflacionados pelo IPCA) de 2019 (R\$ 100.931.789.895) e de 2020 (R\$ 432.952.300.343), percebemos um aumento de cerca de 328% de recursos para o financiamento dessa política social. No entanto, os dados revelam que esse aumento de recursos, não repercutiu na ampliação da oferta de rede de serviços de proteção social básica e especial da assistência social, tampouco significou melhores condições de trabalho para os trabalhadores e trabalhadoras de SUAS, desde março de 2020. Pelo exposto há denúncias em vários espaços de controle social e instancias organizativas da categoria de assistentes sociais sobre a não garantia, pelos empregadores, dos equipamentos de proteção individual aos profissionais (EPIs), contrariando as medidas de prevenção determinadas pela Organização Mundial de Saúde e autoridades sanitárias nacionais, ocasionado a exposição dos/as trabalhadores/ as à COVID-19 no campo da assistência social. (GAMA; BERINHG; SIERRA, 2021, p. 146).

Segundo Antunes (2020), a crise econômica e a explosão da pandemia do coronavírus, na inter-relação que há entre elas, têm gerado impactos e consequências profundas para a humanidade, especialmente para aqueles que dependem de seu trabalho para sobreviver. Além dos altíssimos índices globais de mortalidade, ampliam-se enormemente o empobrecimento e a miserabilidade na totalidade da classe trabalhadora.

Neste cenário, há um longo caminho a ser percorrido pela Política de Assistência Social no Brasil, repleto de desafios a serem enfrentados, considerando que a pandemia não acabou.

O principal destes desafios é a própria legitimação do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), que mesmo enredado em diversos amparos legais, ainda luta por seu reconhecimento enquanto política pública de proteção social, articulada com outras políticas setoriais como: política de trabalho e renda, segurança alimentar, saúde, educação, não como uma política “meio”, que faz o que as demais não dão conta, pois há muitas questões que são estruturais, caso contrário será sempre relegada à subalternidade diante das demais e julgada erroneamente como “inoperante”.

Desde a década de 90, período de crises e recessões econômicas e políticas, a Assistência Social se depara com densos desafios no que tange a cobertura da proteção social às classes periféricas (MOTA, 2017).

Data deste período a ofensiva das classes dominantes em dar centralidade à Assistência Social como mecanismo de enfrentamento das desigualdades sociais, típicas das relações que se estabelecem no capitalismo. Instala-se um período no qual a Assistência Social, mais do que uma prática e uma política de proteção social, se constitui um fetiche social. (MOTA, 2017, p. 16).

Esta autora considera que a Assistência Social finda em constituir parte do sistema vigente, relacionando-se diretamente como uma prática política fruto das contradições societárias (MOTA, 2017).

Na impossibilidade de garantir o direito ao trabalho, seja pelas condições que ele assume contemporaneamente, seja pelo nível de desemprego, ou pelas orientações macro-econômicas vigentes, o Estado capitalista amplia o campo de ação da Assistência Social. As tendências da Assistência Social revelam que, além dos pobres, miseráveis e inaptos para produzir, também os desempregados passam a compor sua clientela.

Eis porque as classes dominantes invocam a política de Assistência Social como solução para combater pobreza e nela imprimem o selo do enfrentamento “moral” da desigualdade. (MOTA, 2017, p. 16).

Muitos foram e tem sido os esforços dos gestores e trabalhadores do SUAS, para minimizar os danos agravados pela pandemia, sobretudo a perda de direitos sociais, o que com certeza levarão anos ou décadas para possivelmente serem enfrentados, além de travarem uma luta de resistência para o não retrocesso da política, devido ao grande incentivo a práticas emergenciais e de cunho caritativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O episódio da Pandemia COVID-19 evidenciou as expressões da questão social advindas do sistema capitalista, permeado pelo ultraneoliberalismo e pela lógica do mercado.

Essas mazelas não surgiram com a pandemia, como muitos preferem reafirmar. Esse processo exploratório e de precarização da classe trabalhadora acompanha todo o processo histórico da população brasileira desde o Brasil Colônia.

Cabe ressaltar que todos os efeitos pandêmicos agravaram a vida das pessoas, sobretudo das mais vulneráveis e expostas aos riscos sociais.

Muitas pessoas ficaram sem fonte de renda, em especial mulheres negras, responsáveis por suas famílias e filhos, residentes nas periferias, considerando que para sobreviverem se ocupam de serviços domésticos e raras vezes com alguma segurança trabalhista. Sequer têm acesso a infraestrutura básica como água, energia e esgoto, para manutenção do isolamento social, bem como as medidas de segurança e higiene.

Incoerente dizer que para essa parcela da população, que por sinal é maioria, os agravamentos da COVID-19 tiveram o mesmo impacto como para as demais classes sociais.

Em tais circunstâncias, enquanto política pública, a gestão do SUAS colocou-se diante de desafios complexos: garantir a oferta dos serviços, o monitoramento sistemático e a territorialização nas áreas de maior vulnerabilidade e risco, assim como repensar, reconceituar e implementar as estratégias, instrumentos teórico-metodológicos de enfrentamento, com vistas a não se perder em práticas retrógradas e conservadoras.

Outros pontos também precisam ser considerados no enfrentamento à pandemia, tais como: ausência de comando único, falta de referência ministerial, falta de articulação satisfatória entre as instâncias de governo para planejamento e avaliação das ações, investimento precarizado na Política de Assistência Social, priorização do mercado, sucateamento das instâncias de participação social e controle democrático, negação à ciência, falta de treinamento e capacitação aos profissionais do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), que foram colocados na linha de frente sem as mínimas condições de segurança e de trabalho, e tantas outras perspectivas do governo federal, desde 2019, que configuram nada menos que uma expressão cotidiana de necropolítica.

Outros aspectos conotam, especificamente, a fragilidade do SUAS (Sistema Único de Assistência Social): o fortalecimento das práticas distributivas envoltas nas concessões materiais, a concessão de auxílio emergencial ligado ao sistema bancário sem nenhuma articulação com a política de atendimento e a exigência da utilização de meios virtuais, exclusivamente através aplicativos, para o acesso da população em vulnerabilidade aos direitos sociais, como bens e serviços, reforçando as desigualdades.

Parece estranho ouvirmos que neste momento pandêmico encontramos os invisíveis, quando na verdade como afirma Torres (2022), apenas se desvelou os negligenciados e a insuficiência das políticas sociais, no que tange à proteção social e ao enfrentamento das desigualdades.

Apesar das contradições, entendemos ser possível a busca por uma política pública continuada e de Estado, que a princípio estabeleça diálogos que tirem o SUAS (Sistema Único de

Assistência Social) da subalternidade, que promova o reconhecimento de que atua através dos serviços socioassistenciais, no âmbito dos vínculos relacionais, rompendo com o pragmatismo de que seu papel limita-se ao imediatismo, com práticas filantrópicas fragmentadas, já que o temos legitimado nesta perspectiva, do ponto de vista jurídico. Basta o comprometimento ao projeto ético, político e ideológico, dos quais o SUAS (Sistema Único de Assistência Social) se constitui.

Com este mesmo entusiasmo, Yamamoto (2021) profere:

É na dinâmica tensa da vida social que se ancoram a esperança e a possibilidade de defender, efetivar e aprofundar os preceitos democráticos e os direitos de cidadania - preservando inclusive a cidadania social, cada vez mais desqualificada -, na construção de uma forma histórica de sociabilidade que se oriente no sentido de ultrapassar a esfera da necessidade para o universo presidido pela liberdade, possibilitando o desenvolvimento de todos e de cada um dos indivíduos sociais (IAMAMOTO, 2021, p. 202).

Para tal, faz-se necessário a reorganização das instâncias de participação e controle, fortalecimento dos movimentos sociais, posicionamentos que resguardem a garantia dos direitos, a luta pela retomada de Ministério específico para coordenação da política de assistência social, garantia de adequadas condições orçamentárias das três esferas de governo no financiamento da implementação dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, os quais devem garantir continuidade na oferta independente das ocasiões políticas governamentais, sendo cada uma delas de acordo com o objeto da assistência social aprovadas por suas instâncias de controle.

Compreende-se que, apenas uma movimentação coletiva, atrelada aos interesses da classe trabalhadora, que dialogue com a realidade dos territórios dos usuários da política de Assistência Social, com o cotidiano profissional dos trabalhadores do SUAS, em convergência com a produção científica e acadêmica, com a ocupação popular de efetivos espaços de controle e planejamento, coerentes com a busca pela justiça e equidade, podem de fato gerar proteção social.

REFERÊNCIAS

ALVES, Adriana Amaral Ferreira. **Assistência Social- história, análise crítica e avaliação**. Curitiba: Juruá, 2008.

ALVES, Glaucia Lelis; SIQUEIRA, Luana de Sousa. **Projeto neoliberal, corona vírus e Auxílio Emergencial: o desmonte da assistência social**. In: Em tempos de pandemia: propostas para defesa da vida e de direitos sociais. MOREIRA, Elaine; GOUVEIA, Rachel [et al.]; (orgs.) – Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, 2020. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/12346/1/EMoreira.pdf>. Acesso em 26 out 2022.

ANTUNES, Ricardo. **Coronavírus [recurso eletrônico]: o trabalho sob fogo cruzado** ed. - São Paulo: Boitempo, 2020. recurso digital (Pandemia capital)

BASTOS DA SILVA, R.; DE AZEVEDO MARINHO, R. J.; PEREIRA ZACARIAS, E. C. **O SUAS na Pandemia do COVID-19**. Seminários do LEG, Limeira, SP, n. 11, 2020. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/eventos/index.php/leg/article/view/3536>. Acesso em: 28 ago 2022.

BEHRING; JAUMONT; SILVEIRA; NASCIMENTO. **Um Balanço Preliminar do Orçamento Público no Governo Bolsonaro (2019-2021)**. In: Políticas Sociais, Trabalho e Conjuntura: Crise e Resistências. GAMA Andréa de Sousa; BEHRING Elaine Rossetti; SIERRA Vânia Morales, Organizadoras. 1a Edição Eletrônica Uberlândia / Minas Gerais: Navegando Publicações, 2021.

BRASIL. CapacitaSUAS, caderno 3. **Vigilância Socioassistencial: Garantia do Caráter Público da Política de Assistência Social**. 1 ed. Brasília: MDS/PUC-SP, 2013.126 p.

BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS**. Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993, ALTERADA PELA Lei 12.435 de 06 de julho de 2011.

BRASIL. Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social – NOB/SUAS**. Brasília, 03 jan. 2013. 41 p.

BRASIL. Resolução CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Social – PNAS**. Brasília, 28 out. 2004. 67 p.

BRASIL. Resolução nº 269, de 13 de dezembro de 2006. Aprova a Norma Operacional Básica de **Recursos Humanos** do Sistema Único de Assistência Social – **NOB-RH/SUAS**, 2006.

GAZETA, Bruna Alves; LIMA, Maria José de Oliveira. Capítulo 1: **As políticas sociais no Brasil frente ao contexto neoliberal: a apreensão do Assistente Social nesta contradição**. In Políticas Públicas e Sociais no contexto neoliberal: um olhar a partir de diversos saberes. LIPORONI; SARRETA; SANTOS (org.) Curitiba: CRV, 2019.

GUARANY, Alzira M. B. **O Rei está nu! Ou como um vírus expôs a falácia e a desproteção social no Brasil contemporâneo**. In: Em tempos de pandemia: propostas para defesa da vida e de direitos sociais. MOREIRA, Elaine; GOUVEIA, Rachel [et al.]; (orgs.) – Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, 2020. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/12346/1/EMoreira.pdf>. Acesso em 26 out 2022.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **A questão social no capitalismo**. In: DURIGUETTO, Maria Lúcia; IAMAMOTO, Marilda Villela. Serviço Social: questão social, território e política social. 1. ed. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2021

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MOTA, Ana Elizabete.(org.) **O mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, política e sociedade**. 4ªed. São Paulo: Cortez, 2010.

PAULA, Renato Francisco dos Santos (Org). **Direitos Humanos em tempos de barbárie: questionar o presente para garantir o futuro**. São Paulo: Cortez 2022.

SPOSATI, Aldaíza. **Vida urbana e gestão da pobreza**. São Paulo: Cortez, 1988.

TORRES, Abigail Silvestre. **Convívio, Convivência e Proteção Social: entre relações, reconhecimentos e política pública**. São Paulo: Veras Editora e Centro de Estudos, Série Temas 10, 2016.

A ASSISTÊNCIA SOCIAL E A INTERSETORIALIDADE DA POLÍTICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO MUNICÍPIO DE FRANCA - SP

Luciana da Silva Pedroso

INTRODUÇÃO

A Assistência Social configurou-se enquanto política pública através da sua inserção na Constituição Federal de 1988 dentro do campo da Seguridade Social, juntamente com a Saúde e a Previdência. É colocada enquanto política social não contributiva, prestada a quem dela necessitar. Sua inserção na Seguridade Social aponta, também, para seu caráter de política de Proteção Social articulada a outras políticas do campo social.

Posteriormente regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS em 1993, que em seu artigo primeiro vem reafirmar a Assistência Social enquanto direito do cidadão e dever do Estado, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade civil.

A partir do ano de 2004, com a aprovação da Política Nacional de Assistência Social – PNAS, é instituído o Sistema Único da Assistência Social – SUAS que se configura como um sistema público descentralizado e participativo, que tem por função a gestão da Assistência Social em todo território nacional.

O SUAS define e organiza os elementos essenciais e imprescindíveis à execução da política de assistência social possibilitando a normatização dos padrões nos serviços, qualidade no atendimento, indicadores de avaliação e resultado, nomenclatura dos serviços e da rede socio-assistencial (...) (Brasil, 2004, p.33).

Cabe salientar que, somente em 2011 é aprovada a Lei nº 12.432 onde o Sistema Único de Assistência Social - SUAS passa a integrar plenamente o escopo da Lei Orgânica da Assistência Social, configurando-se assim, um marco histórico para esta política.

O SUAS vem organizar a Assistência Social em dois tipos de proteção: proteção social básica e proteção social especial, de média e alta complexidade. As proteções sociais, básica e especial são ofertadas, respectivamente, pelos Centro de Referência de Assistência Social - CRAS e Centros de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS e pelas organizações de Assistência Social sem fins lucrativos vinculadas ao SUAS.

O SUAS engloba também a oferta dos benefícios eventuais previstos no artigo 22º da LOAS que estabelece:

Entendem-se por benefícios eventuais as provisões suplementares e provisórias que integram organicamente as garantias do Suas e são prestadas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública. (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011) (Brasil, 2011).

Dentro da denominação de benefício eventual para situações de vulnerabilidades temporárias, um dos benefícios previstos é a provisão de alimentos em forma de cesta básica ou em pecúnia.

Em decorrência do exercício profissional enquanto assistente social de um Centro de Referência de Assistência Social - CRAS do município de Franca, percebe-se que atualmente este é um dos benefícios mais solicitados pela população que busca atendimento neste equipamento da Assistência Social. Principalmente após a Pandemia da COVID-19¹, há uma crescente demanda por atendimentos com alimentos no CRAS. Dos agendamentos realizados neste CRAS no primeiro semestre de 2022, 63,07% tem como solicitação inicial, o fornecimento de alimentos.

Historicamente a Política de Assistência Social tem sido responsabilizada pelo atendimento à população em situação de insegurança alimentar, principalmente através do fornecimento de cesta básica de alimentos. No entanto, tendo em vista as diversas legislações publicadas nas duas últimas décadas, a Política de Assistência Social vem se reconfigurando frente às demandas apresentadas e o seu campo de atuação específico.

A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais aprovada em 2009, que padronizou em todo território nacional os serviços de proteção social básica e especial, a Resolução nº 39, de 9 de dezembro de 2010, que reordenou os benefícios eventuais no âmbito da Política de Assistência Social e da Política de Saúde, bem como as Orientações Técnicas sobre Benefícios Eventuais no SUAS (2018), representam um grande avanço no esforço de delimitar a área específica de atuação da Política de Assistência Social.

No âmbito dos benefícios eventuais, partindo do ponto de que, a Política de Assistência Social se propõe a atender as situações de insegurança alimentar eventuais, através do

1 Vide o discurso de abertura do Diretor-Geral da OMS no briefing para a mídia sobre COVID-19. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em: 20 ago. 2022.

benefício eventual para situações de vulnerabilidade temporária, as ações desta política pública isoladamente, apresentam-se insuficientes para o enfrentamento das situações de insegurança alimentar que se expressam pela necessidade contínua de alimentos, devido a questões estruturais e econômicas.

Frente ao contexto atual de agravamento da questão social, tendo a fome como uma de suas principais expressões, verifica-se a necessidade de implementação das ações e serviços em âmbito municipal, previstos pela Política de Segurança Alimentar e Nutricional que tem como objetivo assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)

A aprovação da Lei 11.346/2006 - Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional em 2006 (LOSAN) que criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SI-SAN) de gestão intersetorial, participativa e de articulação entre os três níveis de governo, tem como objetivo a implementação e execução da Política de Segurança Alimentar e Nutricional e promover o acompanhamento, o monitoramento e avaliação da segurança alimentar e nutricional do país.

A Política de Segurança Alimentar e Nutricional e a Política de Assistência Social possuem uma área de atuação muito próximas e tem em comum parte do seu público-alvo, que é a população em situação de insegurança alimentar. Frente a esta questão, é de fundamental importância o estudo das principais legislações destas duas políticas públicas para a compreensão do papel específico de cada uma delas e das ações de atuação conjunta frente a intersectorialidade proposta pelo Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

O presente artigo tem como objetivo realizar uma reflexão sobre o papel da Política de Assistência Social dentro da atuação intersectorial prevista pelo Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, bem como realizar uma interpretação de como as políticas de Assistência Social e de Segurança Alimentar e Nutricional estão organizadas no município de Franca para atendimento da população em situação de insegurança alimentar deste município

Mediante pesquisa bibliográfica e documental, este estudo foi realizado com objetivo de aprofundamento do tema e levantamento das questões presentes nas legislações e normativas da Política de Assistência Social e da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, na perspectiva de compreender a atuação intersectorial destas políticas no âmbito do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

Apresenta-se a relevância deste estudo, justificada pela necessidade de uma leitura crítica da atuação intersectorial, no contexto destas duas políticas públicas. E para isso, a primeira parte deste artigo, tratou da conceituação acerca das categorias aqui analisadas sendo elas, a política social, a intersectorialidade, a segurança alimentar e nutricional. Na sequência realizou-se uma reflexão sobre a gestão de políticas sociais na perspectiva democrática e participativa e as contribuições para a efetivação e garantia dos direitos da população no contexto das políticas sociais. No terceiro momento, apresentou-se a realidade do município de Franca e uma interpretação de como a Política de Assistência Social e a Política de Segurança Alimentar e Nutricional tem se organizado neste município para atendimento da população que se encontra em situação de insegurança alimentar e nutricional. Através das considerações finais, foram retomados os principais aspectos do trabalho, discutindo-os, indicando necessidades e apontando sugestões quanto à problemática abordada.

1. ELEMENTOS CONCEITUAIS ACERCA DAS CATEGORIAS DE ESTUDO: POLÍTICA SOCIAL, INTERSETORIALIDADE E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Torna-se necessário conceituar brevemente o que se compreende por cada categoria acima citada e o contexto em que estão inseridas. Estas categorias serão abordadas a partir da perspectiva crítico dialética considerando a sua inserção na realidade sócio-histórica e as contradições que permeiam este contexto.

1) POLÍTICA SOCIAL

Iniciar-se-á pela categoria política social relacionando-a com o surgimento da questão social e suas formas de enfrentamento no âmbito do Estado. Analisar as políticas sociais em sua complexidade e contraditoriedade, significa compreender as suas múltiplas causalidades e funcionalidades no âmbito da sociedade capitalista.

A análise das Políticas Sociais como processo e resultado das relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, recusa a utilização de enfoques restritos ou unilaterais, comumente presentes para explicar sua emergência, funções ou implicações (Behring e Boschetti, 2011, p. 36)

Nesta perspectiva, dentro do contexto contraditório em que as políticas sociais estão inseridas, podemos compreendê-las enquanto iniciativa do Estado no enfrentamento das expressões da questão social, atendendo a determinadas demandas da sociedade, a fim de garantir as condições de produção e reprodução do sistema capitalista, através da produção social da riqueza e sua apropriação privada, via exploração da força de trabalho sem, contudo, romper com a ordem social vigente.

As políticas sociais enquanto aparelho ideológico do Estado, atua no sentido da manutenção da ordem social, como se fossem expressões dos interesses gerais e universais, garantindo o consentimento das classes exploradas na legitimação da dominação da classe dominante na sociedade capitalista.

Por outro lado, observando a contraditoriedade das políticas sociais, podemos apreendê-las também enquanto ampliação dos direitos sociais e possibilidade de garantia da melhoria das condições de vida e do bem-estar social da população menos favorecida.

(...) as políticas sociais podem ser centrais na agenda de lutas dos trabalhadores e no cotidiano de suas vidas, quando conseguem garantir ganhos para os trabalhadores e impor limites aos ganhos do capital (Behring e Boschetti, 2011, p. 38).

Nesta perspectiva, entendemos as políticas sociais enquanto materialização dos direitos sociais legalmente reconhecidos, reafirmando seu caráter universalista, contribuindo com a redução das desigualdades sociais. Neste sentido, o campo das políticas sociais configura-se enquanto importante espaço de luta rumo a garantia de melhores condições de vida da população e de uma sociedade mais justa e igualitária. Como é colocado por Behring e Boschetti:

Quando temos clareza de seus limites, bem como de sua natureza contraditória, vemos a política social como ela é: pode assumir tanto um caráter de espaço de concretização de direitos dos trabalhadores, quanto ser funcional à acumulação do capital e à manutenção do status vigente (Behring e Boschetti, 2011. p. 195).

Na atuação profissional no campo das políticas sociais, estes aspectos contraditórios estão presentes no cotidiano, cabendo aos profissionais realizar uma leitura crítica do contexto em que está inserido, analisando as possibilidades e limites de atuação e em que direção sua atuação profissional caminha, se é na manutenção da ordem social ou se é na luta pela garantia e ampliação de direitos da população rumo a uma sociedade mais justa e igualitária.

Enquanto profissional atuante na Política de Assistência Social, identifica-se estas contradições ao analisar as legislações pertinentes a esta política pública. Ao mesmo tempo em que se propõe a atender quem dela necessitar, a garantir a universalização do acesso e da responsabilidade estatal na sua execução, no atual contexto marcado pela ofensiva neoliberal, nos deparamos com a retração do Estado em suas responsabilidades e ações no campo social, reafirmando a concepção de Estado mínimo e de política pública restritiva de direitos, ao estabelecer critérios seletivos e excludentes para acesso a serviços, programas e benefícios que alcançam apenas uma pequena parcela da população que necessita desta política.

2) INTERSETORIALIDADE

Passando para a análise da categoria intersectorialidade, compreende-se que a mesma está intrinsecamente vinculada à política social, principalmente com relação às duas políticas públicas aqui analisadas, a Assistência Social e a Política de Segurança Alimentar e Nutricional.

A intersectorialidade no campo das políticas públicas vem se apresentando como importante alternativa no sentido de garantir a efetividade e eficácia diante das limitações encontradas pelas políticas públicas setorializadas. A complexidade crescente com que vem se apresentando as expressões da questão social e seu enfrentamento, vem exigindo novas formas de atuação através da articulação das diversas políticas sociais, em uma perspectiva de totalidade, o que constitui a base da intersectorialidade.

Nessa perspectiva, a intersectorialidade pode ser definida como a integração de diversos saberes e experiências de diferentes sujeitos e serviços sociais, que contribuem nas decisões e processos administrativos para o enfrentamento de problemas complexos, com ações dirigidas aos interesses coletivos, a fim de melhorar a eficiência da gestão política e dos serviços (Junqueira, 2016. p.175).

A atuação intersetorial não supõe apenas diálogo, mas sim atuação conjunta dos diversos setores, que integram o conjunto das organizações governamentais, não governamentais e os diversos atores sociais presentes no território, priorizando o atendimento às necessidades da população. Neste sentido a:

Intersetorialidade é aqui entendida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social (Junqueira; Inojosa, Komatsu, 1997, p 24).

Pensar o território, suas vulnerabilidades e potencialidades de maneira integrada, exige um planejamento articulado das ações e serviços presentes neste território. A intersectorialidade passa a ser um dos requisitos importantes no âmbito da gestão social das políticas públicas valorizando a ação intersectorial em detrimento da ação setorial, no enfrentamento dos problemas sociais.

A intersectorialidade é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns, e deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais (Cavalcanti; Batista; Silva, 2013, p. 1-2).

No entanto, verifica-se que a intersectorialidade se configura dentro de um contexto de conflitos, que envolvem diversas correlações de forças e decisões políticas, que exigem estratégias e pactos entre gestores, técnicos e projetos sociais em consonância com a realidade e as necessidades da população usuária das políticas sociais.

3) SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Com relação a categoria Segurança Alimentar e Nutricional, verifica-se que nas últimas décadas, esta questão ganhou centralidade na agenda de debate internacional e nacional, influenciando os acordos e compromissos dos governos na formulação e implementação de políticas, planos, programas e ações com vistas a assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

Conforme a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), em uma definição estabelecida na Conferência Mundial da Alimentação (CMA) de Roma em 1996:

Existe segurança alimentar quando as pessoas têm, a todo o momento, acesso físico e econômico a alimentos seguros, nutritivos e suficientes para satisfazer as suas necessidades dietéticas e preferências alimentares, a fim de levarem uma vida ativa e sã (Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO),1996).

No Brasil, após amplo processo de participação social em torno da construção de uma agenda de Segurança Alimentar e Nutricional, principalmente nas duas primeiras décadas do ano 2000, houve um movimento que propiciou a criação de leis, planos e estruturas com vistas à implantação de um Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

A construção do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional utilizado no Brasil, materializou-se através da aprovação em 2006, da Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional - LOSAN que traz:

Art. 3º A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Brasil, 2006).

É importante perceber que esse conceito articula duas dimensões, a alimentar que se refere aos processos de disponibilidade, produção, comercialização e acesso ao alimento e a nutricional, que diz respeito mais diretamente à escolha, ao preparo e consumo alimentar e sua relação com a saúde e a utilização biológica do alimento.

Em 2010, a aprovação da Emenda Constitucional nº 64 incluiu a alimentação no rol de direitos sociais da Constituição Federal do Brasil, configurando-se como um grande avanço na esfera da Segurança Alimentar e Nutricional enquanto política pública.

No entanto, apesar do grande avanço da Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil, verificado desde o início dos anos 2000, no sentido de garantir a sua institucionalização enquanto política pública de Estado e seus mecanismos de exigibilidade, nos deparamos nos últimos anos, com um imenso retrocesso nesta área materializado pela postura do atual governo federal. No início de 2019, no seu primeiro ano de governo, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA, foi extinto através da Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019, dando indícios do desmonte da Política de Segurança Alimentar e Nutricional com a redução dos recursos e das estruturas institucionais que sustentavam parte importante do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN.

O descaso deste governo por um assunto tão importante e a falta de prioridade na área da Segurança Alimentar e Nutricional, seguido do contexto da Pandemia da COVID-19 em 2020, onde verificou-se uma desaceleração econômica resultante das medidas de contenção do vírus, desencadeando um aumento do desemprego e queda na renda das famílias, gerou um impacto desastroso, colocando em situação de insegurança alimentar grande parcela das famílias brasileiras.

2. GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O texto constitucional de 1988 é um marco na democratização e reconhecimento da participação social como fundamental na organização das políticas públicas. Busca-se a organização, o fortalecimento e a ampliação de espaços democráticos de participação que levem à democratização do poder. Além da democracia representativa, busca-se o fortalecimento da democracia participativa e do protagonismo das pessoas.

As duas políticas sociais aqui analisadas, trazem em suas normativas e legislações, a participação social como um ponto em comum. Tanto a Política de Assistência Social, quanto a Política de Segurança Alimentar e Nutricional, aponta a necessidade da participação social na sua formulação, execução, acompanhamento e controle social.

A Política Nacional de Assistência Social traz dentre suas diretrizes, a participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis (Brasil, 2004, p. 33).

Já a Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional, em seu Artigo 8º estabelece como um de seus princípios a participação social na formulação, execução, acompanhamento, monitoramento e controle das políticas e dos planos de segurança alimentar e nutricional em todas as esferas de governo (Brasil, 2006, p. 6).

A participação social tem papel relevante tanto no que diz respeito à expressão das demandas da população, como em relação à democratização da gestão e da execução das políticas sociais.

(...) a questão essencial que se coloca é a da participação das classes subalternas nos espaços de decisões que deverão ser implementadas pela estrutura burocrática, assim como sua participação nos mecanismos voltados para o controle democrático das ações da burocracia, para que ela não se insule e também para que as demandas das classes subalternas sejam efetivamente atendidas (Souza Filho, Gurgel, 2016, p. 203).

Como apontado, a gestão das políticas sociais em uma perspectiva democrática, como forma de efetivar a participação social necessária para garantia dos direitos sociais, pode contribuir com a transformação das condições de vida das classes subalternas, aprofundando e universalizando direitos, como é colocado por Souza Filho e Gurgel (2016):

(...) a gestão democrática deve ter como norte para as suas intervenções técnico-operativas o fortalecimento da espinha dorsal burocrática das organizações que possibilite a expansão e garantia de direitos, combinada com a expansão da participação das classes subalternas nos diferentes níveis de decisão e controle das organizações (Souza Filho, Gurgel, 2016, p. 200).

Nesse processo, a população passa a ser considerada como sujeito assumindo um papel ativo, colaborando na identificação dos problemas e na sua solução. A democratização do

poder de decisão é um meio para democratizar a gestão das políticas sociais através da participação, apontando para uma nova relação entre Estado e sociedade. É necessário a criação de espaços de negociação, permitindo tornar o Estado mais permeável ao controle social e capaz de responder com eficácia as demandas da sociedade.

3. A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E A POLÍTICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO MUNICÍPIO DE FRANCA.

O município de Franca localiza-se na região sudeste do Brasil, no interior do Estado de São Paulo com uma população estimada em 2021, de 358,539² mil habitantes classificando-se como município de grande porte³.

Na área da Assistência Social, o município conta com cinco unidades de CRAS - Centro de Referência da Assistência Social, duas unidades de CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social e um Centro Pop - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua. Compõe também a rede socioassistencial do município, outros serviços tipificados e executados por instituições conveniadas através de chamamento público.

No campo da Proteção Social Básica, o principal serviço ofertado pelos CRAS é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), que prevê a realização de ações como acolhidas coletivas e particularizadas, ações particularizadas, acompanhamentos familiares grupais e particularizados, oficinas com famílias, ações comunitárias e encaminhamentos. O CRAS realiza também a articulação da rede socioassistencial e intersetorial do seu território de abrangência.

Além das ações supracitadas, são realizados nos CRAS os atendimentos, avaliações e inserções em programa de transferência de renda municipal e os atendimentos referentes aos benefícios eventuais, previstos pela LOAS e regulamentados pela Lei Municipal nº 7.927, de 20 de setembro de 2013, atualizada pela Resolução CMAS nº 22, de 16 de setembro de 2021. Conforme esta Lei:

Art. 1º-Os benefícios eventuais constituem provisões de caráter complementar e temporário, que integram organicamente as garantias do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, com fundamentação nos princípios de cidadania e nos direitos sociais humanos e deverão ser prestados aos cidadãos e às famílias em virtude do nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e calamidade pública (Franca, 2013).

Dentro da denominação Benefício Eventual para situação de vulnerabilidade temporária, está previsto o fornecimento de cartão alimentação ou cesta básica em caráter emergencial

2 Vide site do IBGE. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/franca/panorama>. Acesso em: 20 ago. 2022

3 Ver PNAS 2004, p. 45.

e destina-se a indivíduos e às famílias com impossibilidade temporária de arcar, por conta própria, com o enfrentamento de situações de vulnerabilidade. As Orientações Técnicas sobre Benefícios Eventuais no SUAS traz que vulnerabilidades temporárias, se caracterizam por:

Contingências são entendidas por eventos inesperados e repentinos que podem, momentaneamente, agravar ou levar indivíduos e famílias a vivenciarem situações de vulnerabilidade e insegurança social, ocasionando vivências que impactam seu cotidiano e demandam atenção urgente do poder público, independentemente da renda das pessoas impactadas (Brasil, 2018, p.20).

Porém, se analisarmos as situações de vulnerabilidades vivenciadas pela população que demandam o atendimento nos CRAS com benefícios eventuais, veremos que a maioria não se configura como vulnerabilidade temporária e sim como vulnerabilidade social ou permanente, pois estas famílias retornam frequentemente solicitando novo atendimento.

(...) vale a pena pontuar que uma situação de vulnerabilidade social é diferente de uma situação de vulnerabilidade temporária, associando a primeira com a ideia de condição e a segunda como um evento, um fato. (...). É preciso demarcar a diferença entre a vivência permanente da situação de vulnerabilidade e a temporariedade atribuída a esse contexto em virtude de um episódio específico (Bovolenta, 2017, p. 523).

Desta forma, ao atendermos nos CRAS, as famílias que vivenciam situações permanentes de insegurança alimentar, com os benefícios eventuais para situações de vulnerabilidade temporária, através da cesta básica ou cartão alimentação, sem buscar a articulação com as demais políticas públicas, estamos eximindo o Estado de implementar e investir em políticas públicas que tenham como objetivo garantir a segurança alimentar e nutricional da população em situação de insegurança alimentar que demandam os serviços públicos para atendimento.

Conforme aponta Bovolenta:

No caso dos benefícios eventuais, estes não são provisões perante a vivência contínua de vulnerabilidade (...). Mesmo porque o enfrentamento e a superação da situação de vulnerabilidade social precisam contar com um campo de proteção social mais amplo e estruturado, composto por bens e serviços materializados por meio dos programas, projetos, benefícios e equipamentos das várias políticas públicas (Bovolenta, 2017, p.523).

Dada a complexidade dos problemas sociais e seu agravamento principalmente, após a Pandemia da COVID-19, a demanda por alimentos nos CRAS aumentou consideravelmente. Com base nos agendamentos realizados em um dos CRAS do município de Franca, no primeiro semestre de 2022, verifica-se que 63,07% destes agendamentos, tem por solicitação inicial, o fornecimento de cesta básica ou cartão alimentação.

Frente a esta crescente demanda por solicitação de alimentos e a insuficiência dos benefícios eventuais e programas de transferência de renda da Política de Assistência Social para

atendimento das famílias em situação de insegurança alimentar, o município de Franca vem se organizando no sentido de buscar as condições exigidas para a implantação da Política de Segurança Alimentar e Nutricional em âmbito municipal.

Conforme o Decreto nº 7.272, de 2010 que instituiu a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em seu Artigo 11º, parágrafo 2º é colocado como requisitos mínimos para a formalização e adesão ao Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, a criação de conselho municipal de segurança alimentar e nutricional, a instituição de câmara ou instância governamental municipal de gestão intersetorial de segurança alimentar e nutricional, o compromisso de elaboração do plano municipal de segurança alimentar e nutricional e a realização das conferências municipais de segurança alimentar e nutricional.

Para atender a estes requisitos, em julho de 2021, foi aprovada a Lei Municipal nº 9.048 que alterou a nomenclatura do já existente Conselho de Combate ao Desperdício e de Ação Contra a Fome e a Miséria para Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável - COMSEA e regulamentou este conselho no município de Franca. O COMSEA Franca é um órgão de caráter consultivo, vinculado à Secretaria Municipal de Ação Social⁴, com o objetivo de propor diretrizes para as políticas e ações voltadas à segurança alimentar e nutricional sustentável do município de Franca.

Após a criação do COMSEA, foi realizada a reestruturação do Programa Municipal de Hortas Comunitárias, através da Lei nº 9.118, de 10 de dezembro de 2021 sendo implantada no município de Franca, uma Horta Comunitária Piloto, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Assistência Social. O Programa Horta Comunitária poderá ser desenvolvido em parceria com organizações da sociedade civil e conforme esta Lei municipal, em seu Artigo 1º, parágrafo único:

Para os fins desta Lei, entende-se por Horta Comunitária toda atividade desempenhada com finalidade social, destinada ao cultivo de hortaliças, legumes, plantas medicinais, árvores frutíferas e para floricultura e paisagismo no âmbito do município (Franca, 2021).

No final de 2021, a Prefeitura Municipal de Franca assinou um convênio com o Governo do Estado de São Paulo, através da Secretaria de Agricultura e Abastecimento, para a instalação na cidade do Projeto Estadual Cozinhamento, que prevê a transferência de recursos financeiros para a compra de equipamentos descritos na Resolução SAA nº83 de 19/11/2021⁵ para montagem de uma cozinha piloto experimental, com inauguração prevista para o segundo semestre de 2022. O foco deste Projeto é incrementar a capacitação de agentes multiplicadores das ações de segurança alimentar e nutricionais sustentáveis nas áreas de promoção da educação e conscientização de práticas alimentares saudáveis e equilibradas, realização de cursos, palestras, treinamentos e eventos educativos visando o combate ao desperdício, a manipulação adequada e utilização das partes não convencionais dos alimentos e promover

4 O órgão gestor da Política de Assistência Social no município de Franca é a Secretaria de Ação Social – SEDAS.

5 Vide Resolução SAA nº83 de 19/11/2021. Disponível em: http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/doflash/prototipo/2021/Novembro/20/exec1/pdf/pg_0020.pdf. Acesso em: 23 ago. 2022.

o desenvolvimento local, com cursos e palestras que oferecem conteúdo de capacitação e de geração de renda.

Em maio de 2022, foi aprovada a Lei Municipal nº 9.175 que dispõe sobre o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional do Município de Franca, cria os componentes da Política de Segurança Alimentar e Nutricional e reestrutura o Programa Banco Municipal de Alimentos. Em seu Artigo 12º, parágrafo 1º é colocado:

§ 1º O Programa Banco Municipal de Alimentos tem por objetivo combater a fome e a insegurança alimentar através da coleta de doações, seleção, processamento e distribuição de alimentos sólidos e líquidos, em boas condições para o consumo humano e que, por algum motivo, deixaram de ser comercializados.

O Programa Banco Municipal de Alimentos está em fase de implementação no espaço físico onde está instalado o Projeto Cozinhamento e conta com profissionais somente da Secretaria de Assistência Social. Prevê o recebimento de doações, que serão repassadas em forma de alimentos ou refeições, às Organizações da Sociedade Civil - OSCs da rede socioassistencial privada e às unidades estatais de atendimento social e demais equipamentos de políticas setoriais, para atendimento direto às famílias em situação de vulnerabilidade social, sem nenhum custo para as mesmas.

Em 2022 foi criada também a Câmara Municipal Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional de Franca - CAISAN Municipal, composta por secretárias(os) municipais responsáveis pelas Secretarias de Ação Social, Desenvolvimento, Educação, Saúde e Secretaria de Meio Ambiente e será presidida pela titular da Secretaria de Ação Social.

A Lei Municipal nº 9.175 de 2022, define também os parâmetros para a elaboração e implementação do Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional a ser construído intersetorialmente pela Câmara Municipal Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional - CAISAN com base nas prioridades estabelecidas pelo COMSEA.

Com relação à adesão do município de Franca ao SISAN nacional, já foram encaminhados os documentos necessários e aguarda decisão do governo federal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não obstante, o avanço da Política de Segurança Alimentar e Nutricional verificado nos últimos anos, importantes desafios apresentam-se, em todos os níveis de governos, na perspectiva de construir uma rede de proteção e promoção da segurança alimentar e nutricional da população brasileira.

No tocante à questão da intersetorialidade das políticas públicas de Assistência Social e Segurança Alimentar e Nutricional no município de Franca, verifica-se que as ações na área da Política de Segurança Alimentar e Nutricional tem sido implantadas por iniciativa da Secretaria de Ação Social. Com exceção dos Programas específicos como Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE na área da merenda escolar e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN na área da Saúde, a Secretaria de Ação Social tem se responsabilizado pela

execução das demais ações de Segurança Alimentar e Nutricional com a colaboração pontual de profissionais de outros setores.

Para garantia do Direito Humano a Alimentação Adequada, é necessária a mobilização e atuação de diferentes setores como agricultura, desenvolvimento, abastecimento, educação, saúde, geração de trabalho e renda e a assistência social. No município de Franca, faz-se necessário maior envolvimento e atuação, das diversas políticas sociais integrantes do SISAN municipal para atendimento da população em situação de insegurança alimentar e nutricional e garantia do direito à alimentação adequada, previsto constitucionalmente.

Ainda no contexto municipal da Política de Assistência Social, verificamos a necessidade urgente de incentivar e ampliar dentro das unidades de CRAS, CREAS e nos serviços socioassistenciais a eles referenciados, os espaços de debate sobre a importância da participação social, buscando a sua efetivação na formulação, execução e controle social dentro das diversas políticas públicas, principalmente da Política de Segurança Alimentar e Nutricional, que reconhecem em suas legislações, a importância da participação social. A Política de Assistência Social ainda apresenta como potencialidade nesta área, a capilaridade de seus serviços que se encontram instalados nos territórios de maior vulnerabilidade social podendo contribuir na ampliação do debate junto à sua população usuária, sobre a importância da efetivação das ações da Política de Segurança Alimentar e Nutricional para garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada.

Com relação à Política Nacional de Assistência Social, embora se reconheça o seu esforço nos últimos anos, em estabelecer o seu campo específico de atuação, verifica-se que dentro do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, faz-se necessário um aprofundamento do debate no sentido de identificar e definir as ações de responsabilidade direta da Assistência Social e as ações em que ela deve se colocar como parceira na execução da Política de Segurança Alimentar e Nutricional. Para tanto, é necessária a criação de normativas que estabeleçam a atuação específica e os serviços que cabe à Assistência Social prover dentro da atuação intersetorial da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

Por fim, com relação à Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, ao estabelecer através de suas legislações e normativas, uma gestão intersetorial, faz-se necessária a definição das atribuições e competências dos diversos setores públicos, em todos os níveis de governo, bem como o papel da sociedade civil neste contexto, questões estas, que as principais legislações da Segurança Alimentar e Nutricional não explicita.

REFERÊNCIAS

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez editora, 2011.

BOVOLENTA, Gisele A. **Cesta básica e assistência social: notas de uma antiga relação**. Serviço Social & Sociedade, p. 507-525, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/7f5DsXpKXHW4GkVFt4jKxh/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Brasília, 2009.

BRASIL, Decreto nº 7.272 de 25 de agosto de 2010. **Regulamenta a Lei nº 11.346**, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. **Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%2064%2C%20DE,a%20alimenta%C3%A7%C3%A3o%20como%20direito%20social.&text=.%22%20\(NR\)-,Art.,na%20data%20de%20sua%20publica%C3%A7%C3%A3o](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%2064%2C%20DE,a%20alimenta%C3%A7%C3%A3o%20como%20direito%20social.&text=.%22%20(NR)-,Art.,na%20data%20de%20sua%20publica%C3%A7%C3%A3o). Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/conferencia/documentos/lei-de-seguranca-alimentar-e-nutricional>. Acesso em: 14 ago. 2022

BRASIL. Lei nº 12.435, de 06 de julho de 2011. **Organização da Assistência Social**. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm. Acesso em: 14 ago. 2022.

BRASIL. **Medida Provisória Nº 870, de 1º de janeiro de 2019**. Brasília, 2019.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/Mpv/mpv870.htm. Acesso em: 14 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. **Orientações técnicas sobre benefícios eventuais no SUAS**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://craspsicologia.files.wordpress.com/2019/07/beneficc81cios-eventuais.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social** – PNAS/2004. Brasília, 2004.

BRASIL. Resolução nº 39, de 9 de dezembro de 2010. **Dispõe sobre o processo de reordenação dos Benefícios Eventuais no âmbito da Política de Assistência Social em relação à Política de Saúde**. Brasília, 2006. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/relatorio/resolucao_cnas_39.pdf. Acesso em: 20 ago. 2022.

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; BATISTA, Kátia Gerlânia Soares; SILVA, Leandro Roque da. **A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB**. Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Famílias. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/i/edicoes/I/9.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2022.

FRANCA. Lei nº 7.927, de 20 de setembro de 2013. **Regulamenta a concessão dos benefícios eventuais da política pública da assistência social previstos no artigo 22 da Lei Orgânica da Assistência Social, Lei Federal nº 8.742/1993, alterada pela Lei Federal nº 12.435/2011 e dá outras providências**. FRANCA, 2013. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/f/franca/lei-ordinaria/2013/793/7927/lei-ordinaria-n-7927-2013-regulamenta-a-concessao-dos-beneficios-eventuais-da-politica-publica-da-assistencia-social-previstos-no-artigo-22-da-lei-organica-da-assistencia-social-lei-federal-n-8742-1993-alterada-pela-lei-federal-n-12435-2011-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 14 ago. 2022

FRANCA. Lei nº 9.048, de 20 de julho de 2021. **Propõe a alteração de nomenclatura do Conselho de Combate ao Desperdício e de Ação Contra a Fome e a Miséria para Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável – COMSEA Franca e sua regulamentação e dá providências.** FRANCA, 2021. Disponível em: <https://www.franca.sp.gov.br/arquivos/diario-oficial/documentos/1834-21072021.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

FRANCA. Lei nº 9.175, de 11 de maio de 2022. **Dispõe sobre o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional do Município de Franca, cria os componentes da Política de Segurança Alimentar e Nutricional, reestrutura o Programa Banco Municipal de Alimentos e dá outras providências.** FRANCA, 2022. Disponível em: <https://www.franca.sp.gov.br/arquivos/diario-oficial/documentos/2034-11052022.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

FRANCA. Resolução CMAS nº 22, de 16 de setembro de 2021. **Dispõe sobre a regulamentação dos critérios e prazos para concessão dos benefícios eventuais no âmbito da Política Municipal de Assistência Social.** FRANCA, 2021. Disponível em: <https://www.franca.sp.gov.br/arquivos/diario-oficial/documentos/1876-21092021.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates, Org.; CORÁ, Maria Amelia Jundurian, Org. **Redes sociais e intersetorialidade.** São Paulo: Tiki Books, 2016. Disponível em: <https://www.pucsp.br/sites/default/files/download/neats/Redes-sociais-e-intersetorialidade.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2022.

JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates; INOJOSA, Rose Marie; KOMATSU, Suely. **Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza.** El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones, 1997. Disponível em: http://150.162.8.240/PNAP_2013_2/Modulo_4/Organizacao_processos_tomada_decisao/material_didatico/textos/Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20e%20intersetorialidade%20na%20gest%C3%A3o%20p%C3%BAblica%20municipal.pdf. Acesso em: 27 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO DA AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO (FAO). **Declaração de Roma sobre a Alimentação Mundial Segurança:** 13-17 de novembro de 1996. Roma, Itália: FAO, 1996. Disponível em: https://www-fao-org.translate.goog/3/w3613e/w3613e00.htm?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt-BR&_x_tr_pt=sc. Acesso em: 14 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Discurso de abertura do Diretor-Geral da OMS no briefing para a mídia sobre COVID-19.** Publicado em 11 de março de 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 13 ago. 2022.

SÃO PAULO. **Resolução SAA nº83 de 19/11/2021.** Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo, 20 nov. 2021. Seção 1, p. 20. Disponível em: http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/doflash/prototipo/2021/Novembro/20/exec1/pdf/pg_0020.pdf. Acesso em: 23 ago. 2022.

SOUZA FILHO, Rodrigo de; GURGEL, Claudio. **Gestão democrática e serviço social: Princípios e propostas para a intervenção crítica.** São Paulo: Cortez Editora, 2016.



SERVIÇO SOCIAL E TRABALHO PROFISSIONAL NO TERCEIRO SETOR

Nayara Hakime Dutra

Maria Cristina Piana

Vanessa Aparecida Barbosa Tristão

Viviane Cristina Silva Vaz Ribeiro

INTRODUÇÃO

Entendemos que enquanto profissional de Serviço Social temos o compromisso referendado no Código de Ética Profissional (1993), com a permanente capacitação e reflexão crítica do fazer profissional, com vistas a ter subsídios teóricos para uma análise crítica e compromissada com as demandas da população atendida, dentro da perspectiva do projeto ético e político buscando a melhoria dos serviços prestados bem como a garantia e ampliação dos direitos sociais.

Segundo Paulo Netto (1987) muitas vezes, buscamos nosso referencial de ação nas complexas relações sociais de reprodução e dominação, ignorando o cotidiano como espaço onde estas mesmas relações se concretizam e se afirmam.

Entendemos que o exercício profissional se faz e refaz nas dinâmicas do cotidiano, que deve ser percebido como espaço de mudanças e desafios, uma vez que o cotidiano sem esse movimento de indagações e inquietações, impulsiona o fazer profissional a uma prática alienante, imediatista e mecânica.

Raras são as pessoas que não se deixam intoxicar por esse cotidiano. Raras são as pessoas que o rompem ou suspendem, concentrando todas suas forças em atividades que elevem este mesmo cotidiano e lhes permitam a sensação e a consciência de ser homem total, em plena relação com o humano e a humanidade de seu tempo. (FALCÃO; PAULO NETTO; 1987).

Nosso estudo visa refletir sobre as mediações do trabalho profissional exercido no terceiro setor, particularmente na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de /APAE de Franca, organização que atua no atendimento da pessoa com deficiência intelectual e múltipla.

Para problematizar nossa proposta de reflexão, iniciaremos com o contexto político do surgimento das organizações sociais de atendimentos das pessoas com deficiência no Brasil, e posteriormente nos debruçaremos sobre a questão da deficiência e discorreremos sobre os serviços socioassistenciais, estabelecidos pela política de assistência social e a inserção do Serviço Social nesse espaço de trabalho.

1. MOVIMENTOS SOCIAIS DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E A IMPORTÂNCIA NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS SOCIAIS.

No Brasil, o atendimento às pessoas com deficiência teve como marco inicial o período do Império com a criação de duas instituições: O Imperial Instituto dos Meninos Cegos, em 1854, atual Instituto Benjamin Constant – IBC, e o Instituto dos Surdos Mudos, em 1857, hoje atual Instituto Nacional da Educação dos Surdos – INES, ambos no Rio de Janeiro.

No início do século XX, em 1926, foi fundado o Instituto Pestalozzi, instituição especializada no atendimento às pessoas com deficiência intelectual, e em 1945 foi criado também o primeiro atendimento especializado às pessoas com super dotação comandado por Helena Antipoff que pertencia a Sociedade Pestalozzi.

A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE foi criada em 11 de dezembro de 1954 no Rio de Janeiro por um casal de americanos Almirante Henry Broadbent Hoyer e Beatrice Bemis que tinha uma filha com síndrome de Down e que encontrava dificuldade para inseri-la nos espaços comunitários, e principalmente no sistema escolar.

Através de visitas a entidades nos Estados Unidos, país onde a Sr.^a Beatrice havia participado da fundação de mais de duzentas e cinquenta associações de pais, buscou experiências e parcerias com outros pais de crianças com deficiência para fundar a primeira APAE no Brasil. Neste primeiro momento caracterizou-se pelo atendimento específico de crianças com Síndrome de Down na área escolar.

Como entidade de pais e amigos, procurava compartilhar novas experiências e buscar meios de socializar formas de atendimento e estímulo da pessoa com deficiência intelectual. Realizou em 1963 o 1º Congresso da Federação Nacional das APAEs, na cidade do Rio de Janeiro, ocasião em que foi aprovado o primeiro estatuto e eleita a 1º Diretoria da Federação Nacional das APAEs.

O movimento apaeano, assim denominado pelos seus integrantes, cresceu e disseminou-se por todo o território brasileiro, ganhou forças devido a falta de atendimento de serviços públicos e essa ausência fez com que fossem surgindo novas APAES em outras cidades.

Segundos dados da Federação Nacional das APAEs (APAE BRASIL, 2022) atualmente há 2.227 APAEs no Brasil, presente em todos os estados, e em mais de 2.500 municípios, prestando atendimentos intersetoriais, com oferta de serviços nas áreas de assistência social, trabalho, saúde, educação, trabalho, esporte, lazer, cultura e defesa de direitos para mais de 1.300.000 pessoas com deficiência e suas famílias. É um movimento social com grande capilaridade territorial que presta serviços prioritariamente para pessoas com deficiência intelectual e múltipla.

Com esta organização, o movimento apaeano sempre primou pela articulação no campo das políticas públicas sendo corresponsável pela criação da lei de obrigatoriedade do exame do pezinho, importante meio de prevenção de deficiências, pois o mesmo identifica o diagnóstico precoce de doenças como a: fenilcetonúria, o hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e demais hemoglobinopatias, que se não diagnosticada precocemente podem comprometer o desenvolvimento global do recém-nascido.

Também através de lideranças políticas ligadas diretamente ao movimento apaeano, defendeu a inclusão e aprovação do BPC (benefício de prestação continuada) garantido política pública de transferência de renda na Constituição Federal e na LOAS (1993) à pessoa com deficiência e ao idoso, garantiu a inclusão e financiamento da Educação Especial como modalidade de ensino e as ações de habilitação e reabilitação na área da saúde, bem como sempre esteve presente, na discussão e aprovação de leis e garantias de direitos do segmento.

2. A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

Inicialmente é importante contextualizar o conceito de pessoa com deficiência, que de acordo com a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (ONU, 2008), pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas. Nesta lógica a deficiência não é centrada apenas na pessoa que possui alguma limitação, mas no ambiente ou espaço social que também é deficiente na relação ao outro, por não proporcionar uma interação favorável, criando barreiras físicas e atitudinais que obstruem o processo de inclusão social.

É válido apontar que a deficiência é um conceito em constante evolução, próprio do movimento histórico. Ao longo do processo civilizatório, houveram várias formas para denominar pessoa com alguma deficiência, já se utilizou termos como inválidos, ou seja, sem valor, sendo que essa terminologia ainda é muito utilizada pela lei previdenciária para distinguir por exemplo a aposentadoria por invalidez. Também foram utilizados termos, pejorativos que demonstram como a sociedade percebiam essas pessoas, como incapacitados ou incapazes, defeituosos, deficientes ou excepcionais, pessoa portadora de deficiência, pessoa portadora de necessidades especiais ou portadores de necessidades especiais.

A construção histórica da deficiência foi permeada por questões religiosas, médicas e de estigmas, com mudanças graduais dentro do contexto social e da evolução da humanidade. Existem ainda permanências culturais carregadas de conteúdos preconceituosos alimentados

pela sociedade do consumo e da perfeição estética. Segundo Goffman, o estigma pode ser distinguido de três formas:

As deformidades físicas; as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical e há os estigmas tribais de raça, nação e religião que podem ser transmitidos através de linhagens e contaminar por igual todos os membros de uma família. (GOFFMAN, 1982).

A literatura registra várias formas na história da humanidade das interpretações e concepções das pessoas com deficiência. Em Esparta, povo da civilização Romana, conhecido pelos seus atributos bélicos, o nascimento de crianças com deficiências, era considerado como sem capacidade para guerrear, as mesmas eram atiradas em penhascos, montanhas ou jogadas no rio, como apontado por Beatón:

Nesse sentido, são conhecidas as medidas adotadas em Esparta, povo de grandes exércitos, em que um conselho de anciãos examinava, imediatamente, após o nascimento de uma criança, suas características físicas. Se o conselho inferia que ele não possuía as qualidades requeridas para chegar a ser um grande guerreiro, o bebê era jogado de uma grande montanha para ser eliminado (BEATÓN; GARCÍA, 2004).

Na Grécia antiga, por exemplo, as atribuições físicas de um guerreiro eram altamente valorizadas, sendo que quando nasciam crianças com deficiências eram condenadas à morte. Já na idade média, viviam a contradição de serem considerados ora como anjo, ora como demônios e baseado nos ideários cristãos, pessoas com deficiência ganham alma, são consideradas filhos de Deus, porém, são segregados na sociedade, pois representavam à culpa de algum pecado.

Caracterizada como fenômeno metafísico e espiritual, a deficiência foi atribuída ora a desígnios divinos, ora à possessão pelo demônio. Por uma razão ou por outra, a atitude principal da sociedade com relação ao deficiente era de intolerância e de punição, representada por ações de aprisionamento, tortura, açoites e outros castigos severos (ARANHA, 1995).

No século XVI a deficiência começa a ser vista como doença, sendo que alguns médicos e religiosos demonstram preocupação com os maus tratos a que eram submetidos. As primeiras experiências de investimento nas potencialidades de pessoas com deficiência datam neste século, através do espanhol Pedro Ponce de Leon, na tentativa de alfabetização de surdos, sendo através desta experiência criada em Paris (1760) a primeira escola para surdos, abrindo a partir de então possibilidades para novas experiências educativas.

A partir de então esboçaram-se os primeiros espaços institucionais de investimento pedagógico com Pestalozzi (1746-1877) e Froebel (1783-1852) que foram os pioneiros na educação especial.

Em 1784 Valentin Huay criou uma instituição para cegos em Paris, empregando métodos primitivos de ensino, baseado por meio do tato, tendo as letras do alfabeto moldadas em madeira. Um de seus alunos, Luís Braille, inventou o alfabeto para pessoas cegas, melhorando efetivamente o ensino da leitura e da escrita, abrindo as possibilidades de investimentos educativos às pessoas cegas.

Com essas conquistas da cultura construída pelo próprio homem, as pessoas com deficiência especiais tornam-se menos defeituoso; os defeitos já não eram tão significativos, porque a educação social e os instrumentos criados para a aprendizagem vão neutralizando seus efeitos. Estas são as evidências históricas de como estes instrumentos criados pelo ser humano, conteúdo da cultura, modificaram as consequências das influências biológicas, sendo um exemplo de como o subjetivo, o psicológico constituiu-se graças a ação cultural e social sobre um sujeito em formação, e que a construção das qualidades psicológicas não se dá apenas por determinação de leis e mecanismos biológicos, fisiológicos e genéticos (BEATÓN; GARCÍA, 2004).

É no período iluminista que aparecem as primeiras experiências de trabalho com pessoas com deficiência e todas as iniciativas foram de cunho pedagógico, porém, na perspectiva da correção biológica da deficiência. Essas experiências, embora equivocadas, tiveram grandes repercussões e determinações na perspectiva de ver a deficiência com várias outras possibilidades.

Apesar do avanço no trato com a pessoa com deficiência, após a Revolução Francesa ainda não havia distinção de pessoa com deficiência e pessoa com transtorno mental. Com a evolução das ciências naturais como a teoria da evolução das espécies de Darwin, a descoberta das células, o trabalho sobre genética de Mandell, esses processos evolutivos na área das ciências naturais contribuíram para o investimento social, pedagógico e cultural nas pessoas com deficiência.

Neste sentido o foco foi se delineando na classificação através de testes psicológicos para definir o grau de comprometimento intelectual e conseqüentemente o grau de investimento.

Com o avanço do capitalismo na revolução industrial, pessoas com deficiência foram vistas como improdutivas pelo sistema e pela família, sendo práticas comuns a internação em asilos, o abandono e o descaso do Estado, em oferecer políticas de atendimento, proliferando práticas institucionais de internações em espaços inadequados e de caráter segregador.

A política de educação inicialmente foi o principal eixo de investimento e inclusão da pessoa com deficiência. No Brasil, a educação especial como política pública foi incluída somente a partir de 1961 com base na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 4.024 como modalidade da educação, ou seja, as pessoas com deficiência passaram a ser sujeitos de uma política educacional, que era segregada, somente a partir dessa data. E somente em 1994 foi publicada a Política Nacional de Educação Especial que orientou o processo de integração instrucional e condicionou o acesso às classes comuns do ensino regular para aqueles que possuíssem condições de acompanhar e desenvolver as atividades curriculares programadas do ensino comum, no mesmo processo que os alunos sem deficiência.

Percebemos pelo conteúdo da referida política, que a escola não era destinada a todas as crianças com deficiência, mas apenas aquelas que pudessem ter condições de acompanhamento com os demais alunos, sendo destinado ao demais o atendimento especializado ou dependendo da complexidade da deficiência, nenhuma inserção. Reconheceu somente em 2002 através da Lei nº 10.436 a língua brasileira de sinais como meio legal de comunicação e expressão da pessoa surda.

Embora as concepções sobre a questão da deficiência estejam avançando, ainda permanece no imaginário coletivo, a concepção de pessoas desprovidas de vida humana, indigna de investimento social, afetivo, sendo muito comuns atitudes e ações capacitistas.

No conjunto dos valores sociais culturais que definem o indivíduo “normal”, estão incluindo “padrões” de beleza e estética voltado para um corpo esculturalmente bem formado, aqueles que fogem dos “padrões”, de certa forma agridem a “normalidade” e se colocam à parte da sociedade [...] não é preciso ser suficiente para não ser reconhecido pela sua própria sociedade. O negro, o homossexual, o louco e até qualquer um que divirja das normas e regras da ordem social podem ser consideradas “desviantes” e assim se situarem fora da sociedade. O “desviante” é aquele que não está integrado, que não está adaptado, que não se apresenta física e ou intelectualmente normal, e, portanto, encontra-se à partir das regras e das normas. Deste modo, o que mede o “desvio” ou a diferença social são os parâmetros estabelecidos pela organização sócio cultural (RIBAS *Apud* MACIEL, 1995).

Hoje vivemos numa sociedade inserida no modo de produção capitalista, com valores sociais voltados para a beleza estética, sendo muito difundido na mídia padrões quase inatingíveis, produzindo doenças como a bulimia e a anorexia, essa valorização do belo produz o sentimento de apartamento e de olhares de estranhamento em relação às pessoas com deficiência, não sendo vista como seres humanos completos, plenos.

3. POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E OS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS

Em razão da pandemia, o governo brasileiro não realizou o Censo no ano de 2020, sendo reprogramado para 2022. Oficialmente, em relação aos dados sobre pessoa com deficiência contamos com os do último Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apurando que o Brasil contava com 23,9% (45,6 milhões de pessoas) pessoas com deficiência. O Brasil e o mundo têm um grande desafio em dispor de dados em relação a esse público, é muito precário e frágil a sistematização de dados sobre a pessoa com deficiência.

A pesquisa nacional de saúde, realizada pelo IBGE em 2019, reconhece essa lacuna e aponta que há a necessidade de produção de informações confiáveis que possam permitir a elaboração de políticas e o monitoramento dos fatores de melhoria das condições de vida desse grupo.

No ano de 2018 o IBGE editou a nota técnica 01/2018 para ressignificar os dados do Censo de 2010, em relação a pessoa com deficiência. Com base nas recomendações do Grupo de Washington, os dados desse público seriam de 6,7% ou seja 12,7 milhões de pessoas com deficiência no Brasil.

O Grupo de Washington foi fundado como órgão de planejamento para orientação de estatísticas sobre as pessoas com deficiência no âmbito da Comissão de Estatística das Nações Unidas, com o objetivo de padronizar definições, conceitos e metodologias de levantamento de dados, com a finalidade de garantir a comparabilidade internacional entre os países.

Koga (2011) aponta sobre a importância da análise territorial dos dados sociais, em razão das particularidades regionais e da capacidade de produzir respostas através de políticas que alcance a necessidade dos cidadãos. Os dados por si, não revelam as particularidades vividas pelos sujeitos que compõe um determinado território, em razão da complexidade num país com extensa dimensão territorial marcado pela desigualdade social.

[...] em uma realidade como a brasileira, onde temos um país de dimensão continental e uma herança de desigualdade social, a lógica da homogeneidade na abordagem territorial não contribui para fazer avançar a política pública. Esta lógica desconsidera não somente o conhecimento acumulado do território a respeito de si mesmo, mas também a possibilidade e a própria existência de canais de participação dos cidadãos, antes de tudo, sujeitos de direito. Esses sujeitos que se encontram no chão onde se dá a política não fazem parte da política, mas continuam sendo, como no Brasil colônia, simples assistidos sociais (KOGA; RAMOS, 2011).

O Brasil possui uma população estimada de 213.317.639 habitantes, conta com 5.570 municípios, destes, apenas 49 municípios possuem mais de 500 mil habitantes, 3.770 municípios têm menos de 20 mil habitantes e 326 municípios possuem 100 mil habitantes (IBGE, 2021).

O desenho para aprimorar a rede de atendimento da pessoa com deficiência, precisa contemplar a diversidade do território brasileiro e a complexidade quando se refere propor políticas e serviços. Além, da diversidade regional, é imprescindível contemplar as interseccionalidades da pessoa com deficiência, em outros aspectos, como questão de gênero, raça/etnia, classe social, pessoas residentes em comunidades originárias, quilombolas, comunidades ribeirinhas, pessoa em situação de rua, população carcerária, população indígena.

Em relação a política de assistência social, a normativa refere que deve ser realizada por meio de um conjunto integrado de ações da esfera pública e também da esfera privada. Esta atuação ocorre por meio da organização da sociedade civil constituídas legalmente, sem fins lucrativos que devem desenvolver de forma permanente, continuada e planejada, atividades de atendimento, assessoramento e de defesa de garantias de direitos.

Com a Constituição Federal de 1988 a política de assistência social ultrapassa a política clientelista para se constituir como política pública assegurada no tripé da seguridade social, com orçamento próprio e diretrizes nacionais que foram delineadas principalmente nos governos Lula e Dilma.

Legalmente somente são consideradas organizações de assistência social, aquelas que sem fins lucrativos que de forma isolada ou cumulativamente prestam atendimento,

assessoramento aos beneficiários da Lei Orgânica de Assistência Social, bem como aquelas que atuam na defesa e garantia de direitos.

É fato amplamente debatido que as organizações não governamentais assumem a responsabilidade de execução de políticas públicas que deveriam ser executadas pelo Estado, e que o direcionamento neoliberal atribuiu cada vez mais a responsabilidade pública para a esfera privada.

APAE de Franca é uma entidade de assistência social, fundada em 24 de janeiro de 1970, que presta serviços as pessoas com deficiência de Franca e região, trabalha na habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência, bem como na defesa e garantia de direitos do seu público. Sua atuação busca o enfrentamento do preconceito e da exclusão social, numa articulação intersectorial entre as políticas de assistência social, saúde e educação, visando a integração dos atendimentos a pessoa com deficiência e sua inclusão social.

A entidade já possuía oferta de serviços socioassistenciais, porém não nos moldes da tipificação, após a aprovação da Tipificação dos Serviços Socioassistenciais em 2009 pelo Conselho Nacional de Assistência Social, com o processo de reordenamento dos serviços cofinanciados pelo município à partir de 2015 passou a ofertar o Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade para pessoas com deficiência e suas famílias, na modalidade de Unidade Referenciada e Centro Dia da pessoa com deficiência.

3.1 Serviço de Proteção Especial para pessoas com deficiências e suas famílias desenvolvidos pela APAE-Franca.

A APAE-Franca como entidade de assistência social, está habilitada na prestação de serviços socioassistenciais tipificados pela Política Nacional de Assistência Social, prerrogativa estabelecida pela legislação nacional que trata das modalidades de parcerias.

Dentro deste contexto, a instituição oferta o serviço de proteção social especial de média complexidade para pessoas com deficiências e suas famílias nas duas modalidades: Centro Dia e Unidade Referenciada. No presente artigo trataremos do serviço ofertado pelo Centro Dia.

O público atendido no Centro Dia constitui-se de jovens e adultos com deficiência, com idade entre 18 a 59 anos, que demandam proteção social, em decorrência da deficiência associada a dependência, acentuando ainda mais a situação de vulnerabilidade social do grupo familiar. É também público do serviço, pessoas com deficiência que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos, tais como: exploração da imagem, isolamento, confinamento, com vivências de atitudes discriminatórias e preconceituosas, precarização dos cuidados básicos, alto grau de estresse do cuidador, desvalorização da potencialidade/capacidade da pessoa, dentre outras que agravam a dependência e comprometem o desenvolvimento da autonomia.

A OSC busca estratégias de atendimento que torne atrativa a permanência no serviço, com atividades internas e externas que possibilitaram a convivência grupal e social. O serviço busca fortalecer e apoiar as famílias, estimulando processos de convivência familiar, instrumentando nos cuidados do usuário com deficiência, na perspectiva do fortalecimento de vínculos do grupo familiar.

As pessoas com deficiência são mais suscetíveis a situações de violência e negligência voluntária e involuntária, ocasionados pela falta de informação, isolamento, segregação, atitudes

discriminatórias e preconceituosas no seio da família e advindas também da própria sociedade. Os atendimentos ultrapassam o espaço da instituição, pressupõe a identificação de situação violadoras de direitos e encaminhamentos para a rede de proteção, a qual, nem sempre é protetiva dada as falhas nos fluxos de encaminhamento e acompanhamento.

Dessa forma as parcerias com o sistema de garantia de direitos, com o sistema jurídico para salvaguardar os preceitos estabelecidos na Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015) e na Constituição Federal de 1988 são extremamente importantes, dado o contexto atual de retração estatal no provimento de políticas públicas.

As ações da equipe técnica são sempre pautadas no reconhecimento das capacidades e potencialidades dos usuários e suas respectivas famílias visando à redução da sobrecarga do cuidador, o estímulo à autonomia e independência do atendido, a convivência social contribuindo para ampliação da cidadania, ao acesso aos direitos e a participação social. A intervenção tem como objetivo enfrentar a exclusão social, prevenir o acolhimento institucional, a segregação e superar situações violadoras de direitos.

4. SERVIÇO SOCIAL E PESSOA COM DEFICIÊNCIA: a APAE como espaço de trabalho.

Em 2020 o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), reconhecendo a lacuna em relação a questão da deficiência no âmbito da categoria, elaborou o documento denominado Diretrizes para Normativa sobre Acessibilidade no Conjunto CFESS/CRESS (CFESS, 2022), como parte da proposta para implementar a inclusão e acessibilidade para pessoas com deficiência no conjunto das ações da profissão. O referido documento foi construído pela gestão do triênio 2017-2020 com indicação de continuidade para o triênio 2021-2023.

É importante destacar que o documento norteador foi construído coletivamente, inclusive com representantes dos movimentos de direitos de pessoas com deficiência, contou com assessoria de profissional especializado na temática e também com a colaboração de outros Conselhos Profissionais. Além da atualização do sitio do CFESS contando com tecnologia acessível, disponibilizou o Código de Ética Profissional (1993) em braile e na versão de áudio descrição, para pessoas com deficiência visual e também em libras para pessoas com deficiência auditiva.

É importante destacar que o CFESS reconhece que tratar da questão da inclusão ultrapassa as barreiras físicas e adaptações, que é necessário promover atividades de educação permanente que contemple a questão da inclusão no âmbito dos direitos humanos, buscando romper com as barreiras atitudinais.

Dentre as frentes de atuação do CFESS, foram incluídas a presença de intérprete de libras em todos os eventos promovido pelo órgão; propõe fiscalizar as condições éticas e técnicas do trabalho profissional de assistentes sociais com deficiência; visa promover a acessibilidade em libras, audiolivro, áudio descrição nos sites e eventos promovidos pelo conjunto CFESS/CRESS. Cabe destaque a questão abordada em relação a ética e direitos humanos, quando propõe realizar debates e apoiar iniciativas de discussão sobre os direitos das pessoas com deficiência e políticas de acessibilidade e inclusão, garantindo as prerrogativas legais da Lei Brasileira de Inclusão (CFESS, 2020).

A primeira tese da dialética é a da especificidade histórica da vida humana: nada existe totalmente dado, eterno, fixo e absoluto. Portanto, não há nem ideias, nem instituições e nem categorias estáticas. Toda vida humana e social está sujeita a mudanças, transformações, sendo perecível e podendo ser reconstruída (MINAYO, 2014).

O assistente social caracteriza-se como trabalhador assalariado, incluído na divisão sócio técnica do trabalho, é um profissional que tem como objeto de trabalho a questão social em suas diversas expressões, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, por meio das políticas sociais, públicas, de organizações da sociedade civil e dos movimentos sociais. Com os direitos sociais cada vez mais negligenciados, e a omissão do Estado na execução das políticas sociais é indispensável um profissional com amplo conhecimento da questão social, bem como da população público alvo específico do campo de atuação, dos direitos sociais, da articulação com a rede de serviços, bem como dos espaços de defesa e garantia de direitos.

Os espaços ocupacionais possuem naturezas diversas, que requerem competências e atribuições específicas. Com base nestas afirmações o CFESS vem publicando através da série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Públicas desde 2009 parâmetros para atuação articulado com as resoluções que tratam sobre as condições técnicas e éticas do trabalho. Segundo a pesquisa sobre o perfil dos assistentes sociais no Brasil, realizada pelo CFESS (2005) 6,81% dos assistentes sociais (1.049 assistentes sociais participaram da pesquisa) estão inseridos no terceiro setor. Na recente publicação do CFESS (2022), denominado perfil dos assistentes sociais no Brasil, com a participação de 9.816 profissionais, as OSC representam o terceiro maior empregador da profissão, houve um aumento para 8,17% do total de trabalhadores inseridos nesse espaço em relação a pesquisa realizada em 2005. Embora, não seja um número tão considerável, percebemos uma lacuna de pesquisa em relação ao trabalho profissional nesse espaço de trabalho, talvez pela fragilidade de produção de pesquisa dos profissionais que ocupam esse espaço ou pela desvalorização profissional dos trabalhadores do terceiro setor.

Dada a natureza da inserção profissional faz-se necessário conhecimentos na esfera privada sobre as particularidades do terceiro setor, dos movimentos sociais e das políticas existentes voltadas as pessoas com deficiência, tanto em âmbito nacional como internacional, considerando a Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência, convenção que o Brasil é signatário.

Em relação a APAE-Franca, atualmente conta com 13 profissionais com formação em Serviço Social, sendo que cinco exercem cargos de coordenação de serviços vinculados à política de saúde e da assistência social e oito estão na atuação direta com usuários e suas famílias, divididas entre a política de saúde, educação e assistência social/trabalho. A coordenação distingue-se pelo fato de o profissional vincular-se ao questões relacionadas a gestão do serviço, através do planejamento, monitoramento e avaliação do qual é responsável, exigindo habilidades de gestão e administração.

É importante ressaltar que a organização incentiva e favorece a participação dos profissionais nos conselhos de direitos, atualmente os profissionais compõem os respectivos conselhos: da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente e da assistência social, saúde,

sendo também estão vinculadas ao Fórum de Erradicação do Trabalho Infantil e no Fórum de Inclusão Produtiva da Pessoa com Deficiência.

Os profissionais inseridos no serviço ofertado pela política de assistência social, possuem como especificidades, além daquelas inerentes a formação profissional, as seguintes atribuições:

São responsáveis pelo acolhimento inicial, atendimento, apoio e orientação sociofamiliar, visando a promoção da autonomia e melhoria da qualidade de vida do público atendido, bem como desenvolve ações especializadas no enfrentamento e na superação das situações violadoras de direitos, com foco na acolhida, escuta, estudo social, orientação sociofamiliar, utilizando de encaminhamentos e acompanhamentos diversos, articulação intersetorial com a rede de serviços. Buscam a promoção do acesso aos direitos socioassistenciais, a benefícios e programas de transferência de renda.

Desenvolvem ações que possibilitem a ampliação do acesso aos direitos socioassistenciais, através da mobilização de serviços socioassistenciais, CRAS, CREAS e demais políticas públicas, acionando o sistema de Garantia de Direitos, como Ministério Público, Defensoria Pública, Delegacia de Defesa da Mulher.

Apoiam as famílias nos processos de cuidados, diminuindo a sobrecarga da mesma, em razão de demandas prologadas, trabalhando com ações que visam a autonomia e estimulem as potencialidades dos atendidos, reduzindo e prevenindo o isolamento e acolhimento institucional da pessoa com dependência.

Desenvolvem ações junto às famílias no sentido de prestar orientações e acolhimento as suas demandas referentes a fatores que dificultem a relação do cuidado, ou da inclusão social.

Estimulam experiências que possibilitem o desenvolvimento de potencialidades e ampliação do universo informacional e cultural; através de atividades externas a entidade, favorecendo a participação em atividades culturais, esportivas, recreativas na comunidade.

Os instrumentos de trabalho utilizado pelos profissionais na consecução dos objetivos são: o estudo social, relatórios e laudos sociais, visita domiciliar, visita institucional, entrevistas, abordagem individual, abordagem em grupo.

Toda ação profissional é carregada de intencionalidade, finalidades que buscam objetivos, utilizando de estratégias, instrumentos e técnicas. O trabalho profissional não pode ser concebido como uma relação singular, individualizada entre o profissional e o indivíduo, é necessária uma análise dos processos históricos, do processo de produção e reprodução social, das tramas sociais, do processo histórico da profissão e das questões sociais.

“...que a dimensão técnico operativa é constituída dos seguintes elementos: as estratégias e táticas definidas para orientar a ação profissional, os instrumentos, técnicas e habilidades utilizadas pelo profissional, o conhecimento procedimental necessário para a manipulação dos diferentes recursos técnicos-operacionais, bem como a orientação teórico-metodológica e ético-política dos agentes profissionais (GUERRA, 2017).

Fragmentar a dimensão técnica operativa das outras dimensões, sem as mediações necessárias, equivocadamente produzirá respostas descoladas da totalidade, sujeitando os usuários dos serviços ao ciclo perverso de exclusão social.

CONCLUSÃO

O terceiro setor é um importante espaço de trabalho do Serviço Social, considerando que grande parte dos profissionais iniciam a vida profissional nesse espaço ocupacional. Especificamente na APAE-Franca temos como desafios a articulação do trabalho com a rede de serviços e a incompletude institucional, e como facilitador o estímulo a participação nas esferas de controle social como forma de contribuir com a consolidação das políticas públicas voltadas para a pessoa com deficiência. Faz-se necessário que, como qualquer espaço de trabalho, a compreensão das contradições desses espaços, devem ser analisadas como reflexo das contradições macroeconômicas, e que as estratégias de enfrentamentos devem ser coletivas. Pautar as ações dentro dos princípios éticos, buscando sempre a garantia da população usuária no planejamento e na inserção nos espaços de decisão da instituição é imprescindível para uma direção emancipatória, e também uma forma de enfrentamento do longo processo de exclusão das pessoas com deficiências. Não deixar ser levado pela execução de um trabalho alienante que o cotidiano nos mostra, mas propor novos fazeres, alimentar a dimensão investigativa da profissão que impulsiona novas possibilidades de trabalho é também um desafio permanente.

É na sistematização da realidade social que o profissional pode encontrar formas de enfrentamento frente a um Estado que cada vez mais expropria os direitos sociais da população em geral, que rebate com mais intensidade na vida de grupos historicamente excluídos.

Refletir sobre o trabalho profissional, tem outras dimensões, que não somente como um conjunto de tarefas, atividades, mas com ações que possuem uma intencionalidade, objetividade e que leva em consideração as relações com o empregador, com os usuários e demais profissionais, na busca constante de ruptura com as práticas excludentes e segregatórias.

REFERÊNCIAS

ARANHA, Maria Salete F. **Integração social do deficiente**: análise conceitual e metodologia. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Psicologia. 1995. (Temas em psicologia, n.2). p. 67-70. Disponível em: [HTTP://cefetam.edu.br](http://cefetam.edu.br) Acesso em: 17 out. 2017.

BEATON, Guillermo Arias, GARCIA, María Teresa. **Necessidades educativas especiais**: desde o enfoque histórico cultural. São Paulo: Linear B, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição Federal 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 2005.

BRASIL. **História do movimento político das pessoas com deficiência no Brasil**. Compilado por Mário Cléber Martins Lanna Júnior. - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. LOAS. Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei 9.394 LDB. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 23/12/1996. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008; Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª Ed., rev. e atual. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. **Diretrizes para Normativa sobre Acessibilidade no Conjunto CFESS/CRESS.** Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2020Cfess-DiretrizesNormativaAcessibilidade.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS (Org.) **Assistentes Sociais no Brasil. Elementos para estudo do perfil profissional.** Brasília/Maceió, UCFESS-UFALCRESS, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. **PERFIL DE ASSISTENTES SOCIAIS NO BRASIL:** formação, condições de trabalho e exercício profissional. Brasília. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf>. Acesso em 22 set. 2022.

FALCÃO, Maria do Carmo; NETTO, José Paulo. **Cotidiano:** conhecimento e crítica. 1. ed. São Paulo: Cortez, 1987.

FEDERAÇÃO NACIONAL das APAEs. **Quem somos.** Disponível em < <https://apaebrazil.org.br/conteudo/quem-somos>. . Acesso em 29 ago. 2022.

GUERRA, Yolanda (Org.). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social:** desafios contemporâneos. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2017.

GOFFMAN, Erving. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 4. Ed. 1982.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: ciclos de vida.** Vol. 5. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/liv101846.pdf>. Acesso em 05 jul.2022

KOGA, Dirce; RAMOS, Frederico. Trajetórias de vida: desafios da pesquisa sociourbanística e contribuição para a gestão pública. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n. 106, p. 335-364, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/WbkvGn5LVd8hgbb3H9yjyNm/?lang=pt&format=pdf>.

JANUZZI, Gilberta. **As políticas e os espaços para a criança excepcional.** In FREITAS, Marcos Cezar de. (Org.) História social da infância no Brasil. São Paulo: Cortez, 1997.

MACIEL, Carlos Alberto Batista. **A família na Amazônia:** desafios para a assistência social. Serviço Social & Sociedade, São Paulo: ano 23, nº 71, p. 122-136, set. 2002.

NERI, Marcelo (Org.) **Retratos da deficiência no Brasil** (PPD). Rio de Janeiro: FGV/IBRE, Centro Políticas Sociais, 2003.

PRIORE, Mary del (Org.) **História das crianças no Brasil.**6. Ed.São Paulo: Contexto, 2007.

RIBAS, João Batista Cintra. **Viva a diferença!** convivendo com as nossas restrições ou deficiências. 2. Ed. São Paulo: Moderna, 1995.

RIBAS, João Batista Cintra. **O que são pessoas deficientes.** São Paulo: Brasiliense, 1994.

VILLA, António Houaiss Mauro de Salles. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.



AUTORAS E AUTORES

Adriana Giaqueto Jacinto

Assistente Social. Graduação, mestrado e doutorado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista. Graduação em Letras pela Universidade de Franca. Pós-doutorado em Serviço Social pela UERJ. Docente na graduação e pós-graduação na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - UNESP. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Dimensão Educativa no Trabalho Social. (GEDUCAS). Bolsista de Produtividade em Pesquisa. ORCID: 0000-0003-0181-2839 . E-mail: adriana.giaqueto@unesp.br

Adriana Santos da Silva

Graduação em História e Pedagogia pela Unesp de Franca/SP. Pós-Graduação em Educação Ambiental pela Unifesp/BR. ORCID: 0009-0004-3341-0150. E-mail adriana.japa.santos@gmail.com

Agnaldo de Sousa Barbosa

Livre-Docente em Sociologia pela UNESP. Atualmente é Professor Associado III (MS5-3) do Departamento de Educação, Ciências Sociais e Políticas Públicas da Universidade Estadual Paulista - UNESP/Câmpus de Franca. É docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Análise de Políticas Públicas, do qual foi coordenador de out/2013 a jul/2021, e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Foi pesquisador visitante do Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra em 2018/2019, com bolsa BEP/FAPESP. Desde junho de 2014 coordena o Grupo de Estudos e Pesquisa em Direito e Mudança Social (DeMus). Em pesquisa possui atuação multidisciplinar, orientando trabalhos de diversas áreas das Ciências Humanas e Ciências Sociais Aplicadas, da iniciação científica ao pós-doutorado. Em suas publicações destacam-se temas pertinentes à Sociologia do Direito, Sociologia do Desenvolvimento, Sociologia Política e Políticas Públicas. Entre 2005 e 2007 foi bolsista do Programa Jovem Pesquisador da FAPESP, agência de fomento da qual também é assessor *ad-hoc*. ORCID: 0000-0003-0029-1277. E-mail: agnaldo.barbosa@unesp.br

Ana Cristina de Carvalho Sales Toledo

Assistente Social graduada pela Instituição Toledo de Ensino Bauru/SP, Mestranda em Serviço Social pela FCHS UNESP Franca/SP, Docente na graduação Serviço Social no Centro Universitário – Instituição Toledo de Ensino Bauru/SP, Especialista em Gestão de Políticas Públicas e Sistema Único de Assistência Social pelo Instituto Leonardo Da Vinci e FATECE. Secretária Municipal de Assistência Social no município de Bauru/SP (2021-2024). Membro participante do GEDUCAS – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Dimensão Educativa no Trabalho Social. ORCID: /0009-0003-1659-8633. Email: ana.s.toledo@unesp.br

Carla Agda Gonçalves

Assistente Social com atribuição docente no curso de graduação em Serviço Social e do programa de residência multiprofissional, ambos da Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente do programa de pós-graduação em Serviço Social da PUC-Goiás. Docente convidada do programa de Pós-graduação em Serviço Social da Unesp. Graduação em Serviço Social pela UNESP. Mestrado e Doutorado em Serviço Social pela PUC-SP. Pós-doutorado em Serviço Social pela UNESP. Vice Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa Formação Profissional em Serviço Social (GEFORMSS) e membra do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Política de Saúde e Serviço Social (QUAVISSS). ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5871-3324> E-mail: carlaagdaufg@gmail.com

Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliveira

Assistente Social. Pós-doutora em Serviço Social pela UERJ. Docente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da FCHS, UNESP Campus de Franca/SP e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisa Formação Profissional em Serviço Social – GEFORMSS. ORCID: 0000-0003-0045-5956. E-mail: cirlene.oliveira@unesp.br

Cristiano Costa de Carvalho

Assistente Social. Graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Doutorando em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista, FCHS/UNESP. Bolsista CAPES. Docente e coordenador do Curso de Pós-Graduação em Instrumentalidade e Técnicas-Operativas em Serviço Social da PUC Minas. Integrante do Grupo de Estudos sobre Política de Saúde e Serviço Social (QUAVISSS) e do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre o Serviço Social na Área da Educação (GEPESSE). ORCID: 0000-0001-6523-5917. E-mail: cristiano.c.carvalho@unesp.br

Danúbia de Brito Rodrigues Silva

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Goiás (UFG) Regional Goiás. Especialista em Gestão Estratégica na Área da Saúde pela Faculdade Educacional da Lapa. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social (PPGSS-UNESP/Franca). Integrante do grupo de pesquisa “Práticas de Pesquisa: perspectivas contemporânea” (PRAPES/ FCHS UNESP). ORCID: 0009-0008-8893-3812. E-mail: danubia.brito@unesp.br

Fernanda de Castro

Pesquisadora de pós-doutorado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil. Graduação em Direito pela Faculdade de Direito de Franca. Mestrado em Planejamento e análise de políticas públicas e Doutorado em Serviço Social pela Faculdade de ciências humanas e sociais, UNESP de Franca. ORCID ID: 0000-0003-4833-3026. E-mail: f.castro1986@unesp.br

Fernanda de Oliveira Sarreta

Assistente Social. Mestre e Doutora em Serviço Social. Docente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Estadual Paulista – UNESP, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca/SP, Brasil. Líder do Grupo QUAVISS – Grupo de Estudos sobre Política de Saúde e Serviço Social. E-mail: fernanda.sarreta@unesp.br

Josiani Julião Alves de Oliveira

Assistente Social. Possui Graduação, Mestrado e Doutorado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP de Franca em Serviço Social. Pós-doutorado pela Universidade de Aveiro-Portugal. Professora no Departamento de Serviço Social e no Programa de Pós-graduação em Serviço Social do *Câmpus* de Franca. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa PRAPES - Práticas de Pesquisa: perspectivas contemporâneas. ORCID: 0000-0003-4300-4485. E-mail: josiani.juliao@unesp.br

Lais Caroline Neves

Assistente Social. Graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista/ UNESP- Franca. Mestrado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista/ Unesp Franca. Assistente Social da Prefeitura Municipal de Serrana/SP. Membro do grupo de estudos e pesquisas sobre participação nas políticas sociais (GEPAPOS). ORCID: 0000-0001-8662-7389. E-mail: lais.neves@unesp.br

Luciana da Silva Pedroso

Assistente Social. Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP Franca. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP Franca. Assistente Social da Prefeitura Municipal de Franca. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa Gestão Socioambiental e a Interface com a Questão Social (GESTA) e do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Família (GEPEFA). ORCID: 0009-0007-2953-614X. E-mail: luciana.pedroso@unesp.br

Marcia Maria Cunha

Doutoranda em Serviço Social pelo Programa de Pós- Graduação da UNESP de Franca, mestre em Serviço Social pela mesma Instituição e graduada em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social de Bauru - ITE. Assistente Social da Prefeitura Municipal de Bauru . Atualmente trabalha no CRAS . Atuou como coordenadora da Seccional de Bauru do Conselho Regional de Serviço Social de São Paulo (Gestão ECUSS - 2020 a 2023) e como professora do Curso de Serviço Social da Faculdade Gran Tietê (2022). Integrante do grupo de estudos e pesquisa DEMUS - Direito e Mudança Social. ORCID: 0000-0002-0149-6074. E-mail: marcia.cunha@unesp.br

Maria Cristina Piana

Pós-Doutorado pela Universidade Federal de São Carlos - UFSCar (2020). Doutorado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista - Júlio de Mesquita Filho - câmpus Franca/SP (2008), Mestrado em Serviço Social pela mesma Universidade (2003), Especialista em Política Social e Serviço Social pela UnB, Graduação em Serviço Social e Licenciatura em Pedagogia. ORCID: 0000-0002-4530-9541. E-mail: cristina.piana@unesp.br.

Marusa Fernandes da Silva

Assistente Social. Doutoranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da UNESP de Franca, mestre em Serviço Social pela mesma Instituição. Membro do grupo de estudos GEFORMSS - Formação Profissional em Serviço Social e PRAPES - Práticas em Pesquisa: perspectivas contemporâneas. ORCID: 0000-0002-7657-6378. E-mail: marusa.fernandes@unesp.br

Mayara Simon Bezerra

Assistente Social. Doutorado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa Formação Profissional em Serviço Social - GEFORMSS e do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Políticas Públicas para a Infância e Adolescência – GEPIIA. ORCID: 0000-0002-5189-3844. E-mail: mayara.simonbe@unesp.br

Nayara Hakime Dutra

Assistente Social. Graduação em Serviço Social pela UNESP/Franca. Mestrado e Doutorado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista. Pós-Doutorado pela UERJ. Docente do curso de graduação e Pós-graduação em Serviço Social da UNESP/Franca. Líder do Grupo de Pesquisas sobre Famílias - GEPEFA, Supervisora da Unidade Auxiliar Centro Jurídico Social (UACJS) - UNESP- FRANCA. ORCID: 0000-0001-6505-4825. E-mail: nayara.hakime@unesp.br

Orlando Clementino Mununga Chaximbe

Assistente Social. Mestre e doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista – UNESP. Bolsista CAPES. É coordenador do Grupo de Estudos sobre Serviço Social Hospitalar (GESSH). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social (QUAVISSS) e do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Dimensão Educativa no Trabalho Social (GEDUCAS). Atua no Departamento de Saúde Pública, gabinete provincial da saúde de Luanda/Angola. Docente colaborador da Faculdade de Serviço Social e da Universidade Católica de Angola. ORCID: 0000-0003-2083-526X E-mail: orlaassistentesocial@hotmail.com

Pâmela Migliorini Claudino da Silva

Assistente social. Graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista (UNESP/Franca). Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social (PPGSS-UNESP/Franca). Assistente social do Núcleo de Assessoria Técnica Psicossocial do Ministério Público do Estado de São Paulo - área regional de Ribeirão Preto (NAT-MP/SP) e do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - Unidade de Emergência ((HCFMRP) da Universidade de São Paulo (USP). Integrante dos grupos de pesquisa: Grupo de Estudos e Pesquisas sobre a Dimensão Educativa no Trabalho Social (GEDUCAS) e Grupo de Estudos e Pesquisas Marxistas (GPEM) do PPGSS UNESP/Franca. ORCID: 0000-0003-1662-5067. E-mail: pamelamigliorini@yahoo.com.br

Renan de Moraes Martins

Assistente Social. Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista, UNESP - Franca. Tem experiência em instituições/serviços que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Interessa-se pelos seguintes temas de pesquisa: saúde, questão social, população em situação de rua, intersetorialidade, redução de danos, política social e questão ambiental. ORCID: 0000-0002-0650-2197. E-mail: renan.m.martins@unesp.br

Renato Tadeu Veroneze

Assistente Social, Docente e coordenador do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG) - Unidade Acadêmica de Poços de Caldas - MG. Especialista em Educação, Didática e Metodologia no Ensino Superior - UNIFEG, Especialista em Desafios da Filosofia Contemporânea – PUC/MINAS, Mestre, Doutor e Pós-Doutor em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/SP). ORCID: 0000-0002-9404-448X. E-mail: rtveroneze@hotmail.com

Rita Mozetti

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social pela Unesp Franca/SP/BR. Mestra em Desenvolvimento Regional com ênfase em Educação pelo Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-FACEF. Graduada em Pedagogia pela Universidade de Franca – UNIFRAN. Vencedora do Prêmio Educador Nota 10 – 2020. ORCID: 0000-0003-0093-8122. E-mail: rmozetti@yahoo.com.br

Vanessa Aparecida Barbosa Tristão

Graduação em Serviço Social pela UNESP/Franca. Pós-graduação em psicopedagogia pela Universidade Luterana do Brasil. Mestra em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). Coordenadora de Serviço no domicílio para pessoa com deficiência da APAE-Franca. ORCID: 0000-0001-9894-8657. E-mail: vanessatristao1@hotmail.com

Viviane Cristina Silva Vaz Ribeiro

Assistente Social. Mestre e doutora em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista (UNESP Franca). Coordenadora de assistência social da APAE-Franca. Docente do curso de Serviço Social da UNIFRAN/Franca. Membro do grupo de estudos e pesquisa em deficiência e inclusão (GEPEDI/UNESP-Franca) e do Labprosocial da UNIFRAN. ORCID: 0000-0002-7875-9944. E-mail: vivianeunifac@gmail.com

Zilda Cristina dos Santos

Assistente Social na Prefeitura Municipal de Uberaba. Graduação em Serviço Social pela Universidade de Uberaba. Mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Doutora em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista. ORCID ID:0000-0002-0161-3832. E-mail: zilda.cristina.ss@gmail.com